

Université de Montréal

Prise en charge préventive-curative du paludisme. Articulations entre  
quatre espaces éducationnels d'acquisition de compétences

Par  
Marylène Dugas

Département d'anthropologie  
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph. D.)  
en Anthropologie

Juin, 2007

©, Marylène Dugas, 2007



GN  
4  
U54  
2007  
v.016

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Prise en charge préventive-curative du paludisme. Articulations entre  
quatre espaces éducationnels d'acquisition de compétences

présentée par :

Marylène Dugas

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Francis Forest  
Président-rapporteur

Gilles Bibeau  
Directeur de recherche

Bruce Tapiero  
Membre du jury

Bernard Roy  
Examineur externe

.....  
Représentant du doyen de la FES



## SOMMAIRE

Cette thèse de doctorat, dont les données de base ont été recueillies dans le district sanitaire de Nouna au Burkina Faso, porte sur l'acquisition de compétences sanitaires relatives au paludisme par la population. Cette recherche accorde une attention particulière à la mère en tant que première intervenante en santé auprès de ses enfants. Pour bien comprendre les modalités de cette acquisition de connaissances et compétences, nous avons pris en compte chacun des quatre espaces dans lesquels s'effectue cette transmission de compétence : il s'agit de l'espace médical, de l'espace scolaire, de l'espace tradithérapeutique et de l'espace familial.

Le paradigme traditionnel et le paradigme biomédical dans lesquels viennent s'inscrire respectivement le *sumaya* et le paludisme divisent ces quatre espaces éducationnels en deux ensembles fondés sur une dichotomie dans l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires par les individus. Parallèlement, le contexte socioculturel prescrivant les possibilités, mais surtout les limites, des hommes et des femmes de la communauté constitue, à l'instar des différents paradigmes, un *a priori* dont la prise en compte est essentielle à tout effort de lutte contre le paludisme.

Notre analyse avait pour objectif de décrire, au sein de notre communauté d'étude, les différentes composantes du système de transfert de la compétence sanitaire dans le champ du paludisme. L'articulation de l'anthropologie médicale et de l'ethnologie de l'éducation nous a permis une analyse plus complète de la question de l'acquisition des connaissances et compétences sanitaires, et de leurs articulations.

Construite sur des résultats d'enquêtes ethnographiques réalisées dans chacun de ces quatre espaces, notre analyse s'est d'abord centrée sur les données relatives aux interactions des individus avec leur entourage ainsi que sur les représentations que les différents membres de la société se font des compétences sanitaires de la mère et des autres membres de la communauté et du potentiel que ces derniers, et en particulier les mères, peuvent posséder préalablement à l'acquisition de ces mêmes compétences. Chacun des quatre espaces nous a permis d'observer l'acquisition de compétence sous un angle particulier en nous déplaçant progressivement, des espaces les plus biomédicaux vers les espaces les plus traditionnels. Cette acquisition a été analysée selon un cadre socioconstructiviste organisé autour de trois principaux axes d'analyse : l'axe empirisme-rationalisme, l'axe connaissance-compétence ainsi que l'axe socio-culturel.

Mots clés : anthropologie médicale, ethnologie de l'éducation, Burkina Faso, socioconstructivisme.

## ABSTRACT

The research for this doctoral thesis took place in Nouna's health district, Burkina Faso, and pertains to the population's capabilities to acquire sanitary proficiency to counter malaria. To be more specific, the research focuses primarily on the mother as she is known to be the primary care giver. To further understand the means by which one acquires knowledge and proficiency, we took into account each one of the four environments where this information was transferred; the medical, the educational, the traditherapeutic and the family environments.

The traditional and biomedical paradigms in which are included *sumaya* and malaria separate those four educational environments in two main groups based on a dichotomy of capabilities to acquire sanitary knowledge and proficiency to counter malaria. Furthermore, the socio-cultural context which prescribes possibilities but most importantly the limits of the community's men and women, following the model of the paradigms, needs to be considered as a primary importance in the fight against malaria.

The objective of our analysis was to describe the various components of the system that would transfer the proficiency of sanitary measures in the studied community. The combined use of medical anthropology and educational ethnology

allowed us to further analyse the question concerning the capabilities to acquire sanitary knowledge and proficiency to counter malaria, and their articulations.

Based on the ethnographic survey results realised in four environments, our analysis was mainly centered on people's interactions with their surrounding environment and on the portrayal of mothers and community health knowledge and capabilities. Each environment allowed us to observe, through diverse lenses, this acquisition of knowledge progressing from the more biomedical environments to the more traditional environments. This acquisition has been analysed through a socio-constructivist frame using three analysis axis: the empiric-rationalist axis, the knowledge-competence axis and the socio-cultural axis.

Key words: medical anthropology, educational ethnology, Burkina Faso, socio-constructivism.

**TABLE DES MATIÈRES**

	<b><u>Pages</u></b>
IDENTIFICATION DU JURY	i
SOMMAIRE	ii
ABSTRACT	iv
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES SCHÉMAS ET LISTE DES TABLEAUX	xii
DÉDICACE	xiii
REMERCIEMENTS	xiv
INTRODUCTION	1

<b>CHAPITRE 1 :     POUR UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE                          DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN AFRIQUE</b>	<b>6</b>
La culture, une trame de base assujettie au changement	11
Contribution et perspectives de l'anthropologie à la question du Paludisme	21
 <b>CHAPITRE 2 :     LE CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>32</b>
Origine et débats autour du concept de compétence	36
Baliser le concept de compétence	40
Le concept de performance et l'utilisation effective des compétences	43
L'éducation traditionnelle comme base de tout transfert de connaissance et de compétence	44
Un cadre conceptuel socioconstructiviste de l'acquisition de compétence	48
 <b>CHAPITRE 3 :     DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE</b>	<b>55</b>
Description du lieu de la recherche	56
Techniques d'enquêtes utilisées	59
Quatre espaces d'étude de la transmission de compétence	64
a- Espace médical	64

b- Espace scolaire	66
c- Espace tradithérapeutique	67
d- Espace familial	68
L'analyse de l'acquisition de compétences sanitaires	69
Aspect éthique de la recherche	73
 <b>CHAPITRE 4 :     ESPACE MÉDICAL</b>	 <b>75</b>
 Incidence du paludisme dans le district	 77
Pourquoi travailler avec les médecins et infirmiers	78
L'accès aux soins et aux médicaments; le facteur économique lié aux comportements d'automédication	80
La prise de décision et la compétence diagnostique; de la prévention à la guérison	88
Les Agents de Santé Villageois (ASV)	97
Le contexte de consultation au CSPS	99
Étude de cas	101
Cas 1- Entretien avec une jeune femme	102
Cas 2- Entretien avec une femme venue pour son enfant de 11 mois	106
Cas 3- Entretien avec une femme venue pour son enfant de 7 ans	110
Conclusion de l'espace médical	114

<b>CHAPITRE 5 :     ESPACE SCOLAIRE</b>	<b>118</b>
Structure du système éducatif burkinabé	120
Pourquoi avoir choisi d'étudier l'apprentissage du paludisme dans des classes de 5 <sup>ème</sup> de deux écoles de la zone de recherche?	122
Le programme du cours sur le paludisme	124
Les cinq questions à développement avant et après le cours	127
Question 1 : Qu'est-ce que le paludisme?	129
Question 2 : Qu'est-ce qui cause du paludisme?	129
Question 3 : Quels sont les symptômes du paludisme?	133
Question 4 : Comment soigne-t-on le paludisme?	138
Question 5 : Comment prévient-on le paludisme ?	141
Les connaissances et compétences des élèves perçues par les enseignants	146
Conclusion de l'espace scolaire	150
 <b>CHAPITRE 6 :     ESPACE TRADITHÉRAPEUTIQUE</b>	 <b>155</b>
L'environnement de travail des tradipraticiens	157
Le <i>sumaya</i>	158
Le savoir nosographique	159
Le savoir étiologique	160
Symptomatologie du <i>sumaya</i>	162



Diagnostic empirique du <i>sumaya</i>	164
Traiter le <i>sumaya</i> et les différentes manifestations du <i>sumaya bâ</i>	166
La prévention du <i>sumaya</i>	167
Devenir tradipraticien	169
Évolution et transformation du savoir empirique des guérisseurs	177
Leur jugement sur les comportements des patients	180
Conclusion de l'espace tradithérapeutique	184
 <b>CHAPITRE 7 :      ESPACE FAMILIAL</b>	 188
 Des familles des ethnies Bwaba et Marka	 189
Les secteurs de Nouna et les villages étudiés	190
Caractéristiques sociodémographiques des mères interrogées	191
Les mères vivant dans la ville de Nouna	191
Les mères vivant dans les villages	193
Les compétences liées à la gestion de l'environnement	195
Connaissances et compétences concernant le <i>sumaya</i>	200
Évaluation des compétences virtuelles et effectives des mères concernant la gestion du paludisme	205
Entretien avec les familles	210
Entretien avec les mères au sujet de leurs compétences sanitaires	210

Entretien avec les pères au sujet de la compétence sanitaire des mères	212
Les femmes et les compétences sanitaires	213
Conclusion de l'espace familial	214
 <b>CHAPITRE 8 : QUATRE ESPACES D'ACQUISITION DE CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES SANITAIRE : LIENS ET CONTRADICTIONS</b>	 218
Connaissances et compétences maternelles : Études de cas	219
Awa, une mère villageoise	220
Aminata, une mère urbaine	222
Analyse des liens et contradictions entre les quatre espaces	225
Axe empirisme-rationalisme	225
Axe connaissance-compétence	229
Axe socioculturel	232
Conclusion	238
 <b>CONCLUSION GENERALE</b>	 240
 <b>BIBLIOGRAPHIE</b>	 248
 <b>ANNEXES</b>	 268

## LISTE DES SCHÉMAS

	<b><u>Pages</u></b>
<b>Schéma 1</b> Situation des quatre espaces en fonction d'axes divergents	48
<b>Schéma 2</b> Gradient des savoirs en fonction de leur complexité	51

## LISTE DES TABLEAUX

	<b><u>Pages</u></b>
<b>Tableau 1</b> Les définitions du concept de compétence par auteur	37
<b>Tableau 2</b> Comparaison de différentes définitions du concept de compétence	39
<b>Tableau 3</b> Indice du Développement de l'Éducation pour tous et ses indicateurs pour le Burkina Faso	119
<b>Tableau 4</b> Causes du paludisme avant le cours	130
<b>Tableau 5</b> Causes du paludisme avant-après	132
<b>Tableau 6</b> Symptômes du paludisme avant le cours	134
<b>Tableau 7</b> Symptômes du paludisme avant-après	137
<b>Tableau 8</b> Soins du paludisme avant le cours	138
<b>Tableau 9</b> Soins du paludisme avant-après	139
<b>Tableau 10</b> Prévention du paludisme avant le cours	142
<b>Tableau 11</b> Prévention du paludisme avant-après	144
<b>Tableau 12</b> Causes du paludisme selon les mères	201
<b>Tableau 13</b> Symptômes du paludisme selon les mères	202
<b>Tableau 14</b> Soins du paludisme selon les mères	203
<b>Tableau 15</b> Prévention du paludisme selon les mères	204
<b>Tableau 16</b> Axe empirisme-rationalisme	226
<b>Tableau 17</b> Axe connaissance-compétence	230
<b>Tableau 18</b> Axe socioculturel	235

*À Eric*

## REMERCIEMENTS

Cette recherche a été menée à bien grâce à une bourse du Centre de recherches pour le développement international (CRDI) dans le cadre de son programme de bourses du CRDI aux chercheurs candidats au doctorat.

Je tiens à remercier M. Eric Dubé à qui cette thèse est dédiée pour sa formidable contribution à toutes les étapes de cette recherche. Seul un Griot digne de ce nom saurait trouver les mots pour exprimer toute ma reconnaissance. Merci Eric, je n'oublierai jamais les sacrifices que tu as consentis.

Je ne peux passer sous silence l'apport du Dr Bocar Kouyaté et de son équipe de chercheurs et de techniciens très qualifiés du Centre de Recherche en Santé de Nouna. Leur soutien et leurs conseils ont été appréciés à chacune des étapes du projet. Notre association avec le CRSN a été très bénéfique ; son expertise et sa connaissance du milieu auront été un atout majeur pour cette recherche. Je conserverai un précieux souvenir d'un grand homme qui nous a trop brusquement quittés : Feu le Dr Florent Somé.

Un grand merci à mon directeur de thèse, le professeur Gilles Bibeau, pour ses conseils et son extraordinaire expérience qui ont fait de ce projet une réussite. Merci de ta confiance, cela signifie beaucoup pour moi.

Je voudrais remercier chacun des membres du jury pour leurs commentaires suite à la lecture de cette thèse. Merci au Professeur Francis Forest, au Docteur Bruce Tapiero et au Professeur Bernard Roy, dont les commentaires constructifs ont contribué à améliorer considérablement la qualité de cette thèse.

Je remercie aussi tous mes informateurs, mes amis, qui ont fait un travail incroyable lors des recherches. Merci à toutes ces familles qui nous ont reçus dans leur intimité et qui ont accepté de se révéler à nous. Merci à toutes les autres personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette étude. Je n'aurai jamais assez de mots pour vous saluer.

## INTRODUCTION

Les maladies endémiques, telles le paludisme, représentent toujours, en 2006, un lourd fardeau à porter pour les pays en voie de développement, desquels nombre de pays africains. Pour le paludisme, cette infection par le *Plasmodium* dont l'étiologie, la prophylaxie, la thérapeutique et le génome sont relativement bien connus, c'est avec près de 60 % des 350 à 500 millions d'épisodes cliniques dans le monde que les Africains doivent composer année après année (OMS, 2005).

Le nombre de décès dus au paludisme est estimé à 800 000 cas annuellement sur le continent africain, ce qui représente 80 % des décès liés au paludisme dans le monde (RBM, 2005 ; OMS, 2001). Ce sont les enfants de moins de cinq ans qui sont les plus touchés par la mortalité due au paludisme (UNICEF, RBM, 1994 ; Tchokoteu et al., 1999). Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2003* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2003b), pour 35 % des enfants africains, le risque de décès par paludisme était globalement plus élevé en 2003 que dix ans plus tôt. L'espérance de vie à la naissance s'amenuise toujours, et cette diminution est imputable en grande partie à la mortalité infantile liée au paludisme (OMS, 2003b). Au-delà de l'aspect biomédical, les conséquences sociales et économiques demeurent considérables.

C'est ainsi qu'aujourd'hui encore, nombre de pays africains souffrent d'une importante et constante perte en capital humain, et voient leurs conditions socioéconomiques et environnementales se dégrader. Outre les guerres, les sécheresses et autres maux, le paludisme est fréquemment pointé du doigt comme étant un facteur important de perpétuation des difficiles conditions de vie dans cette région du monde. L'estimation des coûts annuels imputables au paludisme dans les pays africains se chiffre présentement à 12 milliards de dollars US par année ; ces dépenses constituent évidemment un frein considérable à leur développement économique. Au niveau du ménage, la prévention et la lutte contre le paludisme prélèvent une contribution représentant près de 25 % du revenu familial moyen (Bremner, Alilio, Mills, 2004).

Ce pourcentage tend même à augmenter suite au développement de plus en plus rapide de la résistance du *Plasmodium falciparum* aux « médicaments de première ligne », disponibles et abordables, comme la chloroquine et la sulphadoxine-pyriméthamine (Trape, 2001 ; Becher et al. 2004 ; Müller, Traore, Kouyate, 2004). Cette résistance a entraîné l'utilisation d'une autre génération d'antipaludiques plus onéreuse pour les ménages, dont les revenus familiaux n'augmentent cependant pas au même rythme que le coût des médicaments. Face à cette rapide mutation du *Plasmodium*, de nouvelles stratégies ont été mises en place, visant la lutte intégrée qui prend en compte les différentes facettes de l'expression du paludisme, soit biologique, économique et socioculturelle (Faye, Lalou, Adjamagbo, 2004).

Pour l'heure, on fonde beaucoup d'espoir sur la combinaison de différents traitements comme l'artésunate, un dérivé hémisynthétique de l'artémisinine, associé à d'autres antipaludiques comme la sulfamethoxypyrazine et la pyriméthazine (formule du Co-artemate™), afin de faire obstacle à cette résistance du *Plasmodium* (WHO, 2001). Le coût des antipaludiques combinés et l'absence de solutions de rechange dans le cas d'un éventuel développement de résistance à

ce type de traitement de combinaison restent inquiétants si l'on considère qu'à l'heure actuelle toute insuffisance de prévention ou de soins se traduit par un déficit de croissance annuel de l'ordre de 1,3 % dans certains pays d'Afrique. Dans son rapport de 2003, l'OMS commente les effets du paludisme sur la croissance et révèle qu'au fil du temps, l'écart entre le PIB des pays touchés et celui de ceux qui en sont exempts se creuse continuellement. Parallèlement au fardeau de la maladie et aux décès prématurés, le paludisme entrave aussi considérablement la scolarité des enfants et le développement social, en raison de l'absentéisme, des atteintes neurologiques permanentes et autres conséquences des accès graves de cette maladie (OMS, 2003b).

Le paludisme entretiendrait, selon Tren (2004), des liens plus étroits avec la pauvreté qu'avec le climat. Cet auteur nous rappelle en effet que le paludisme a reculé en Europe et en Amérique lorsque le niveau de vie s'est amélioré, que l'assèchement des marais a réduit le nombre de nids à moustiques, et que les moustiquaires et les fenêtres vitrées ont permis d'éviter les piqûres. Cependant, dans les pays africains, les conditions économiques ne permettent pas l'amélioration du niveau de vie à court ou à moyen terme. Ainsi, même si ces outils (moustiquaires imprégnées, vitres pour les fenêtres, insecticides, médicaments, etc.) sont de plus en plus disponibles en Afrique, les enfants continuent de mourir du paludisme pour les trois raisons suivantes : 1- ils sont trop pauvres pour disposer de médicaments ; 2- même s'ils avaient l'argent nécessaire pour acheter des médicaments, leurs pays sont trop pauvres pour organiser la distribution de ces médicaments ; et 3- les gouvernements des pays riches ne veulent pas financer les mesures qui, pourtant, sauveraient des vies, comme pulvériser de l'insecticide dans les maisons, parce que ces gestes ne sont pas conformes à l'idée qu'ils se font de la « durabilité environnementale » (Tren, 2004). Les liens entre le paludisme et la pauvreté sont donc présents à plusieurs niveaux : individuel, structurel, environnemental et politique, autant de conditions qui interagissent entre elles.



Face à l'ensemble de ces constats, plusieurs chefs d'État des pays africains se sont réunis au Nigeria le 25 avril 2000 et ont mis au point, lors du Sommet africain pour Faire Reculer le Paludisme, la Déclaration d'Abuja, qui propose, dans son plan d'action, diverses pistes de solutions qu'on veut atteindre en l'an 2010 dans la lutte contre le paludisme. Les solutions proposées visent trois objectifs majeurs : 1- favoriser l'accessibilité aux soins de santé, tant dans les centres que dans les zones périphériques ; 2- réduire, par suppression de taxes ou autrement, le coût des moyens préventifs ou curatifs, en accordant la priorité à la baisse des coûts, et idéalement en assurant la gratuité des médicaments aux femmes enceintes et aux enfants ; et 3- atteindre l'utilisateur éventuel de services par l'éducation en matière de prévention, d'auto-évaluation diagnostique ou d'administration appropriée des soins en milieu domestique ou communautaire (OMS, 2003a).

Dans son rapport de 2004 sur le paludisme, intitulé *Le paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique*, l'UNICEF déplore la sous-utilisation par la population de la moustiquaire, en particulier de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, et attribue aux facteurs économiques la cause de sa sous-utilisation. Au début de 2002, seulement 15 % des enfants d'Afrique subsaharienne dormaient sous une moustiquaire, et moins de 5 % d'entre eux dormaient à l'abri d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide (UNICEF, 2004). On a d'ailleurs pu observer que « la différence entre le prix des moustiquaires et ce que les familles peuvent ou veulent payer constitue le principal problème » (UNICEF, 2004). Leurs études ont également démontré que le prix des moustiquaires était trop élevé ou inaccessible aux personnes les plus vulnérables : les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les familles et communautés les plus pauvres (UNICEF, 2004).

Dès l'année suivante, en 2005, on a pu s'apercevoir sans surprise que certains objectifs de ces programmes prévus en mi-parcours n'avaient pas été atteints (Union africaine, 2006). Il s'agissait de faire bénéficier à plus de 60 % de la population de moyens de prévention chimiques ou mécaniques comme la moustiquaire imprégnée ; de faire en sorte qu'un minimum de 60 % des femmes enceintes prennent de façon régulière ou intermittente des antipaludiques ; de permettre à au moins 60 % des paludéens de bénéficier promptement d'un traitement efficace à un prix abordable, et ce, dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes (ONU, 2006). On espère toujours malgré tout atteindre en 2010 80 % pour chacun de ces trois objectifs.

Comment expliquer que ne soient pas mises en pratique par la population, et ce, de façon systématique, les différentes recommandations issues de la santé publique et des programmes d'action en découlant, causant ainsi un retard important dans l'atteinte des différents objectifs de la Déclaration d'Abuja ? Une meilleure compréhension du rôle des différents acteurs et facteurs engagés dans l'utilisation des outils préventifs ou curatifs (dont font partie les centres de santé) et dans la prise en compte des recommandations apparaît ici essentielle. Le travail de recherche qui est présenté dans cet ouvrage a pour objet la prise en charge préventive et curative du paludisme d'une communauté du nord-ouest du Burkina Faso et tente, au moyen d'une approche anthropologique, de répondre à ces interrogations.

## **CHAPITRE 1**

### **POUR UNE APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE DES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN AFRIQUE**

Dans notre introduction, nous esquissions la situation du paludisme en Afrique subsaharienne et les difficultés que semblent rencontrer les différents programmes dans leur lutte contre ce fléau. L'anthropologie est depuis longtemps préoccupée par cet enchaînement d'échecs qu'ont rencontré les acteurs en santé publique. Dans ce chapitre, nous tenterons de démontrer l'importance que peut prendre le travail de l'anthropologue pour certaines questions touchant à la santé en Afrique, comme le paludisme, mais aussi les défis que constitue aujourd'hui ce type d'étude pour l'anthropologie, alors que la tradition affronte la mondialisation.

Dès les années 50, des critiques étaient clairement formulées à l'endroit de la santé publique concernant l'incapacité des décideurs à saisir les formes culturelles suivant lesquelles les individus ciblés par ses efforts appréhendaient leur maladie

et y réagissaient (Good, 1998). En effet, la première forme d'anthropologie médicale a été mise au service de la santé publique, à laquelle on attribuait alors une certaine « naïveté culturelle » (Good, 1998).

Dans un article de 1973, Corin affirmait l'importance de formuler des recommandations et des programmes d'action en fonction des repères socioculturels et individuels des personnes ciblées par ces objectifs, parce que, selon elle :

« L'individu se perçoit lui-même et vit le monde qui l'entoure à partir d'un certain nombre de repères individuels et socioculturels. Ce sont ces derniers qui, en fin de compte, déterminent la façon dont il rencontre, intègre et transforme les nouvelles structures qu'on lui propose » (Corin, 1973).

C'est donc au moyen d'une sérieuse critique de la santé publique que Corin lève le voile sur les échecs de ce secteur :

« Parce qu'ils avaient été élaborés et appliqués sans qu'on en tienne compte, de nombreux programmes d'action ont abouti à une impasse. Ainsi, déjà sur un simple plan opérationnel, on découvre qu'il faut mettre au point une démarche qui permette de saisir les aspects significatifs essentiels du facteur humain impliqué dans le développement de l'Afrique » (Corin, 1973).

Dans son ouvrage de 2006, Tinta réitère, en particulier pour l'éducation à la santé, la complexité de la négociation entre éducateurs et bénéficiaires, « dont personne ne peut présager l'issue, qui dépend des contextes et des contraintes qui entourent le groupe cible » (Tinta, 2006). Encore une fois, le facteur humain est tenu responsable d'une bonne partie des échecs des programmes d'action, à cause de son absence flagrante des divers programmes en santé provenant de la santé publique. Dans tous les cas, explique Tinta (2006), la réussite ou l'échec d'une

action en éducation pour la santé n'est pas déterminé uniquement à partir d'un problème de formulation et de communication des bons messages, mais également en fonction de la prise en compte de l'ensemble des déterminants sociaux et psychologiques des conduites pouvant agir sur l'ordre social en général et sur la santé en particulier (Tinta, 2006). L'auteur propose deux principaux scénarios d'échec ou de réussite des projets de développement sanitaire, c'est-à-dire la superposition des pratiques sanitaires traditionnelles et modernes dans une logique syncrétique ou l'incompatibilité des pratiques traditionnelles et modernes « soit parce que la modernité est perçue comme une transgression de la tradition, soit parce que l'efficacité de la modernité est jugée assez convaincante pour suppléer à la tradition » (Tinta, 2006). Ces différents scénarios dénotent d'une relative absence de considération des sciences sociales, et en particulier de l'anthropologie médicale.

Citant Olivier de Sardan (1990), Tinta affirme à son tour que « l'acteur de base, aussi démuné ou dominé soit-il, n'est jamais un récipiendaire qui n'aurait le choix qu'entre la soumission ou la révolte » (Tinta, 2006). C'est cette posture autoritaire de la santé publique, plus précisément de la promotion de la santé, sur le comportement des individus et des communautés, qui fait ressortir toute l'importance des recherches anthropologiques et de leurs discours plus relativistes.

Cette collaboration entre la santé publique et l'anthropologie médicale, qui a débuté autour des années 50 dans le but d'améliorer l'efficacité des programmes de santé dans les pays en voie de développement (Good, 1998), semble encore aujourd'hui animée du constant besoin d'affirmer, voir de réaffirmer l'importance de cette coopération. Par exemple, la quatrième session du colloque tenu à Anglet, en 2003 (Atelier intégratif du programme PAL+ : Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles pour les pays en développement), portait sur les dimensions socio-anthropologiques de la santé dans les pays en développement (Bley, 2004). Lors de cette conférence, la

collaboration entre les domaines des sciences sociales et de la santé publique n'était pas considérée comme un fait établi, mais plutôt comme une volonté commune de voir enfin se dessiner une application réelle des connaissances acquises par les sciences sociales, par la mise en place de stratégies associant des chercheurs des différentes disciplines et des acteurs de la santé publique (Bley, 2004) et comme le « souhait d'accorder une place accrue à une recherche qui intégrerait les sciences sociales » (Bley, 2004). Bien que cette volonté ou ce « souhait » de voir les sciences sociales occuper un plus grand espace soit encourageants, il ne s'agirait, après plus de 50 ans de rapprochement, que d'un « projet », du point de vue de plusieurs acteurs en santé publique.

En 2005, Massé, s'appuyant sur les arguments de Bibeau, discute à son tour de cette collaboration entre la santé publique et l'anthropologie, mais de façon beaucoup plus factuelle cependant, affirmant que « l'anthropologie a su sensibiliser la santé publique aux réalités pluriethniques, aux dimensions communautaires, aux savoirs locaux et à l'incontournabilité d'une approche contextualisée des comportements à risque (Bibeau, 1997) » (Massé dans Saillant et Genest, 2005). Il poursuit en affirmant que « [...] la santé de la population étant clairement influencée par la culture et les rapports sociaux, la santé publique ne peut que collaborer avec les sciences sociales, dont l'anthropologie, les mieux aptes à décoder ces déterminants socioculturels » (Massé dans Saillant et Genest, 2005). C'est probablement ce type de discours qui est en partie responsable de la promotion de cette « nouvelle santé publique » qui se veut davantage tournée vers les sciences sociales et autres disciplines.

Cette profession de foi des divers chercheurs sur l'importance d'une collaboration de la santé publique et des sciences sociales a aussi été énoncée, par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (OMS, 1986), puis réaffirmée, cette fois de façon plus claire, par la *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation* (OMS, 2005). Toutefois, cela n'écarte pas la

possibilité de voir des problèmes surgir de cette association, en particulier en ce qui concerne la place même de l'anthropologie dans sa collaboration avec la santé publique. Ainsi, Benoist (1994), dans un ouvrage de Cros, critique le type de rapports qui parfois résultent d'une collaboration mal balisée entre les chercheurs des domaines de l'anthropologie et de la santé publique :

« Le danger d'une lecture exclusivement culturelle des conduites face à la maladie menace d'enfermer l'ethnologue, et cela, dès la formulation de bien des programmes de recherche. L'anthropologue n'a certes pas à nier le culturel, mais il n'a pas à lui donner la part trop souvent exclusive à laquelle on le cantonne dans les travaux sur le développement. Il n'a pas à devenir le consultant sur « le culturel » auprès des services de santé publique ni auprès des médecins intrigués par les immigrés. Il doit au contraire secouer les présupposés, refuser les enfermements et « saisir des relations » entre des catégories et des secteurs découpés *a priori* » (Benoist dans Cros, 1994).

Dans un ouvrage de Benoist et Desclaux, Benoist dénonce aussi la double orientation de l'anthropologue face aux projets de la santé publique, où « nous sommes perpétuellement écartelés entre la position de cautionnement des projets que l'on nous propose et leur critique » (Benoist dans Benoist et Desclaux, 1996).

Il semble donc important, pour rendre productive cette collaboration entre anthropologues et acteurs de la santé publique, de bien saisir la différence fondamentale entre ces deux approches, où l'anthropologie se trouve plutôt au service de la base, mettant au premier plan le fait culturel (Benoist dans Benoist et Desclaux 1996), alors que la santé publique se place davantage au service des décideurs et des politiques en santé d'un point de vue « populationnel » (Petersen et Lupton, 1996)

Pour ce qui est du travail de recherche qui a abouti à cette thèse, nous avons travaillé, non pas en collaboration, mais plutôt de façon autonome, voire critique

par rapport aux efforts de la santé publique, principalement en ce qui a trait à l'éducation sanitaire et aux services de santé. Cependant, nous avons choisi d'exposer les résultats de cette étude dans un souci d'interdisciplinarité, en recherchant, d'une certaine manière, le décloisonnement épistémologique. En effet, ce travail ne s'adresse pas uniquement aux chercheurs issus de l'anthropologie. En rédigeant le texte, nous avons gardé à l'esprit que nos conclusions pourraient éventuellement nourrir la réflexion d'acteurs de la santé publique et d'autres chercheurs pour la conception de projets de recherches interdisciplinaires sur le paludisme en Afrique. Nos travaux ayant été réalisés dans la zone sanitaire de Nouna, au Burkina Faso, nous espérons que nos résultats pourront constituer le point de départ d'un projet que nous souhaitons réaliser en collaboration avec les chercheurs issus de différents domaines (médecins, sociologues, chercheurs en santé publique, entomologistes, géographes, etc.) du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN), celui-ci possédant déjà une importante plateforme de recherche sur le paludisme dans notre zone d'étude.

L'étude de la culture d'une société donnée nous semble donc incontournable dans tout projet de santé publique, en particulier dans les projets de promotion de la santé. Mais ce qui semble presque un truisme à la lumière des différents commentaires que nous venons d'émettre sur l'importance de l'aspect culturel fait tout de même l'objet d'un certain questionnement quant à la valeur du concept de culture en anthropologie médicale.

### **La culture, une trame de base assujettie au changement**

Qu'il s'agisse de Tylor (1871), de Linton (1936) ou de Malinowski (1968), la culture est généralement définie comme une « totalité », totalité « qui comprend les connaissances, les croyances, les arts, les lois, la morale, la coutume, et toute autre capacité ou habitude acquise par l'homme en tant que membre de la société »



(Tylor, 1871) et qui « permet à l'homme d'affronter les problèmes concrets et précis qui se posent à lui » (Malinowski, 1968). Cette culture a pour propriété d'être généralement partagée, apprise, relative, symbolique, contraignante, intégrée, adaptative, syncrétique, mais également d'être changeante et de varier par acculturation, par invention et par convergence (Ember et Ember, 2005).

Ces dernières caractéristiques de la culture créent tantôt des transformations, tantôt un phénomène de syncrétisme culturel, mais elle suscitent aussi parfois des abandons et des remplacements. Ces particularités sont devenues très importantes pour l'anthropologie.

Dans un ouvrage de 1957, Balandier parle de cette inéluctable transformation de la culture, qu'il s'est efforcé de considérer, malgré son attachement à la tradition des peuples qu'il étudiait alors :

« À l'occasion de cette recherche, je m'efforçai d'évaluer les chances respectives du particularisme, de la tradition et du modernisme ; je donnai d'ailleurs ce sous-titre à l'ouvrage rédigé, avec mon ami P. Mercier, d'après les matériaux rassemblés. L'attention accordée au jeu des forces nouvelles me paraît aujourd'hui révélatrice d'une transformation intellectuelle qui s'amorçait seulement. J'entrevois le second visage de l'Afrique, mais je souhaitais que, dans le combat des forces, triomphât la civilisation ancienne. Je me rangeais, pour un temps, parmi ces ethnologues qui ne peuvent accepter que l'histoire escamote leurs « primitifs » » (Balandier, 1957).

Cette histoire qui « escamote leurs primitifs » et qui a provoqué, ou souvent imposé, ces transformations, c'est évidemment en grande partie celle de la colonisation. Ces profonds changements qui ont marqué tout particulièrement l'Afrique, que Lambo (1977) qualifie ni plus ni moins d'« *atrocities done by the Colonial Masters to the African's cultural heritage* », n'auraient été rapportés par les historiens que dans les années 70 (Lambo dans Singer, 1977).

Cet impérialisme culturel, politique et économique des grands empires coloniaux est peut-être imposant par la place que lui accordent les historiens aujourd'hui, mais il n'est pas le seul responsable des transformations de la culture et de la tradition sanitaire africaine. Comme le rappelle Fassin (1992), les historiens et les ethnologues parlent de plus en plus de la perméabilité au changement des sociétés africaines, sous l'influence de « voisins qui ont pu être, à différentes époques, des membres d'une autre ethnie ou d'une autre région, des commerçants arabes ou des administrateurs coloniaux, des marabouts musulmans ou des missionnaires chrétiens » (Fassin, 1992). Les transformations qu'ont connues les sociétés africaines semblent avoir été négligées par les premiers travaux d'anthropologie médicale, sans doute parce qu'elles se sont produites dans des sociétés souvent sans écriture.

L'historicité des sociétés traditionnelles, comme l'explique Fassin, est d'introduction récente dans le domaine de l'ethnologie, « où il a fallu l'accumulation de nombreux travaux d'anthropologues et d'historiens pour restituer à l'Afrique, en particulier, sa dimension temporelle, et notamment son histoire précoloniale » (Fassin, 1992). Parce qu'elle provient d'une société en constante transformation, toute culture devrait être prise et étudiée pour ce qu'elle est au moment où on la rencontre et l'interroge, mais aussi pour ses mécanismes de transformation des savoirs et des pratiques, en particulier son passage de génération en génération, par le transfert ou l'acquisition de connaissances et de compétences qui doivent être appréciés. Ce faisant, le chercheur se retrouvera cependant inévitablement devant une autre particularité pouvant être problématique lorsqu'on désire travailler avec ce concept de culture.

Cette particularité, nous l'avons déjà rapidement mentionné, est la multitude des discours pouvant être présents au même moment à l'intérieur d'une culture. Revenant à son tour sur les premières études anthropologiques de la médecine, Lock (1980) rappelle que, trop souvent, les chercheurs se sont concentrés sur un

seul système médical à la fois. Lorsqu'un système médical traditionnel entrait en contact avec le système biomédical occidental, il était généralement admis que ce dernier remplacerait spontanément et complètement le système traditionnel. Cependant, lorsqu'on étudie l'ensemble des options médicales d'une population, il semblerait plutôt que la pluralité ou la multiplicité des discours soit la norme :

« More recent studies emphasize pluralism as the norm; in complex cultures where several medical systems are readily available it has been established that, although adaptation may take place as the result of culture contact, pluralism rather than assimilation is usual. Moreover, when any one medical system is analyzed in detail, several persistent modes of thought, often radically different, can be detected, although certain modes attain dominance as a particular world view holds sway at any given historical time. Recent studies of the decision-making process in general and the selection of medical care in particular stress the ability of an individual to sustain potentially conflicting points of view, any one of which may be drawn upon depending on the situation » (Lock, 1980).

Suite à ses travaux sur les Bisa du Burkina Faso, Fainzang parle de la diversité de leurs discours, qui est décrite non pas comme « une » représentation singulière du monde, mais plutôt comme « des » représentations diverses à l'intérieur d'un même groupe culturel. Ainsi, s'il est assuré qu'il existe, au sein de tout groupe, un discours dominant reconnu dans ses grandes lignes par tous les membres de la communauté, « cette référence commune à une « trame de base » ne doit pas masquer la multitude des discours individuels qui tirent leur pluralité de la diversité de leurs déterminations respectives » (Fainzang, 1986). Énonçant les nuances qu'elle a rencontrées dans le discours des Bisa de l'ouest par rapport à celui des Bisa de l'est, Fainzang nous rappelle que « la contradiction entre les différents discours ne doit pas être oblitérée à seule fin de produire un schéma homogène et cohérent » (Fainzang, 1986).

En somme, la pluralité des discours est une réalité dont on doit rendre compte et qui ne doit pas gêner la reconstruction d'un système, dans la mesure où, « de cette discontinuité de représentations se dégage néanmoins une continuité de propos » (Fainzang, 1986). Cette pluralité ou multiplicité des discours, décrite par Bibeau (1996) comme un métissage ou une hybridation des systèmes interprétatifs, pose le problème du processus engagé dans ces hybridations et de son influence sur les comportements (Bibeau dans Benoist et Desclaux, 1996). Fassin admet aussi, dans ses travaux sur les guérisseurs, cette transformation permanente des discours et du syncrétisme lié à la malléabilité des savoirs transmis oralement. Il met les chercheurs en garde contre toute tentative d'élaborer un rapport nosologique fondé uniquement sur cette « trame de base » que décrivait Fainzang :

« La nosologie qu'établit l'ethnologue sur la base d'informations recueillies sur le terrain auprès de thérapeutes, parce qu'elle passe sous silence des incohérences et les divergences, doit toujours être considérée avec une prudence critique semblable à celle de J. Goody (1979) s'étonnant que C. Lévi-Strauss puisse négliger la diversité des versions existantes d'un mythe lorsqu'il en analyse la structure comme s'il s'agissait d'une histoire unique » (Fassin, 1992).

Au-delà des influences extérieures provenant de la colonisation, des commerçants arabes ou des missionnaires chrétiens, l'urbanisation de certaines régions africaines est également à pointer du doigt dans la présence d'une multiplicité de discours. Selon Bibeau, « l'univers de sens des personnes est devenu aujourd'hui de plus en plus fragmenté, dans les villes surtout où coexistent des normes souvent opposées et des valeurs parfois fort contrastées qui s'imposent en même temps aux personnes » (Bibeau dans Benoist et Desclaux, 1996). L'étude de la culture ou de l'univers de sens d'un groupe donné doit rendre compte, comme l'explique Bibeau (1996), des multiples espaces ou « mondes parallèles » auxquels la personne appartient, malgré l'ambiguïté et l'incertitude qu'ils créent dans la prédiction subséquente des comportements attendus des groupes étudiés, tout

particulièrement en ce qui concerne le savoir et les comportements médicaux (Bibeau dans Benoist et Desclaux, 1996).

À l'instar de Weber, Geertz (1973) considérait la culture comme une toile de significations, un système de sens. Rompant avec l'anthropologie culturelle américaine au profit de l'anthropologie interprétative, dont l'accent est mis sur l'étude du sens commun ou « *collective meaning* », des anthropologues ont, d'eux-mêmes, contribué à une distanciation ou reformulation progressive du concept de culture à l'intérieur de leur cadre conceptuel, dont la valeur opérationnelle s'affaiblit au fur et à mesure qu'on rend compte de son caractère hybride et créolisé, au profit de la promotion de celui de sens commun ou système de sens, qui permet de mieux saisir les multiples réalités socioculturelles des populations étudiées (Bibeau, 1979). Pour Bibeau et Lock, une autre voie pour l'anthropologie passerait par ce qu'ils appellent la « négociation de significations ». Tel que rapporté par Massé :

« L'un des mandats de l'anthropologie est de développer une compréhension de la culture et de la vie sociale en tant que « négociation de significations », où la culture n'est pas vue comme un donné, mais comme un construit « soumis à la négociation et à la reformulation à travers le temps et l'espace, et est de là inévitablement associée avec les rapports de pouvoir » (Lock et Bibeau, 1993). C'est justement dans un tel souci de contextualisation que des approches hybrides furent créées et mises en application » (Massé dans Saillant et Genest, 2005).

Sur ce point, Lock (2005) ajoute, en réponse aux difficultés que pose le concept de système culturel, que « le processus actif de fabrication de sens doit devenir le centre de l'attention, caractérisé par un intérêt particulier pour les conséquences des situations de pouvoir et les inégalités instaurées de longue date » (Lock dans Saillant et Genest, 2005), et qu'ainsi, il ne serait plus admissible de ne s'appuyer que sur le concept de culture, « d'autant plus qu'une analyse culturelle ne peut

constituer un but en soi, mais doit être contextualisée dans l'histoire, la politique et l'économie » (Lock dans Saillant et Genest, 2005).

La rupture avec ce « concept statique de système culturel » est bien affirmée par deux voies de l'anthropologie médicale, notamment par l'approche interprétative, qui a pour objet les systèmes de sens, et par l'approche critique, qui répond au besoin d'une contextualisation historique, politique, économique et sociale des faits observés.

Dans l'optique de contribuer à la résolution des problèmes de santé des populations africaines, l'analyse anthropologique devrait, selon Jaffré (2003), permettre de « rendre compte de la manière dont les populations catégorisent et perçoivent la maladie dans leurs langues et systèmes de sens » (Jaffré dans Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Pour sa part, Fainzang rappelle que la maladie est « l'objet de représentations en étroite cohérence avec l'organisation sociale et le système de pensée des sociétés étudiées, en vertu de quoi le phénomène qu'elle désigne ne peut être confondu avec celui qui est identifié par la biomédecine » (Fainzang, 1989).

Dans une approche interprétative en anthropologie médicale, le système de sens est donc fondamental. Cependant, Massé (2005), citant Bibeau, fait valoir qu'il ne faut pas que l'anthropologue perde de vue que « l'unité d'investigation ne doit être ni l'individu atomisé et ses comportements, ni les significations, valeurs, croyances dominantes (confinant au culturalisme désocialisé), mais « plutôt des réseaux à travers lesquels les acteurs activent et transforment des valeurs et significations en pratiques (Bibeau, 1997) » (Massé dans Saillant et Genest, 2005). Cette précision de Massé rappelle qu'au-delà de l'importance de s'attarder à la signification que peut avoir la maladie pour un individu ou une communauté, il existe également des caractéristiques macrosociales et historiques liées aux différents systèmes de santé, qu'il est nécessaire de considérer.

Good (1998) évoque la lacune de l'anthropologie médicale de ne pas considérer ces caractéristiques dans les analyses, rappelant que le fait pour l'anthropologue de se concentrer sur les croyances populaires et les maladies l'a détourné de l'analyse de la répartition inadéquate des soins de santé, des inégalités sociales et des politiques industrielles qui, selon Good (1998), sont à l'origine des problèmes de santé dans les communautés minoritaires et les populations déshéritées. Il attribue donc aux politiques internationales la responsabilité du sous-développement sanitaire et des obstacles à l'accès aux soins qui seraient plus le fait des pratiques médicales que des gens eux-mêmes :

« La discipline n'a donc, en fin de compte, pas accordé l'attention qu'il fallait aux caractéristiques macrosociales et historiques des systèmes de santé. Ces critiques de l'économie politique, apparues dans les années 60, n'ont fait que croître jusqu'à nos jours, gagnant en force dans la profession » (Good, 1998).

Cette négligence à considérer les relations de pouvoir à la fois globales et locales a progressivement amené l'anthropologie à adopter, par l'intermédiaire d'une anthropologie critique, un point de vue à la fois social, politique, historique et économique des questions de santé. Craignant, à l'instar de Balandier (1957), de voir la dimension culturelle masquer les différences sociales, « sous l'unité apparente d'une culture » (Fassin, 1992), c'est le point de vue social, politique et économique que Fassin a choisi d'exposer dans son ouvrage de 1992, ces derniers étant plus à même de révéler les mécanismes de différenciation, les rapports de domination et les enjeux de pouvoir. D'après lui, même si tous les membres d'une société donnée se réfèrent à un système unique de représentations et de pratiques, « tous n'en font pas le même usage parce qu'il y a des hommes et des femmes, des nobles et captifs, des Peuls et Diola, des patrons et des ouvriers, des individus nés en ville et d'autres au village » (Fassin, 1992), des différences, donc, de sexe, de statut, d'ethnie, de classe, d'origine, etc.

Traitant plus particulièrement de l'aspect politique, Bonniel (1984) s'étonnait que l'on puisse parler du problème des savoirs naturalistes populaires en faisant abstraction d'un certain nombre de déterminants comme l'État, « comme si l'État n'avait rien à voir avec la production, la transformation, la transmission des savoirs, comme s'il n'avait rien à faire des savoirs naturalistes, des savoirs paysans » (Bonniel, 1984).

Aussi, selon Fassin, le comité de santé représente « une forme extrême de politisation des problèmes sanitaires » (Fassin, 1992) et, par conséquent, « tout discours sur la santé est un discours politique et toute pratique de santé est une pratique politique » (Fassin, 1992). Ainsi, « qu'il s'agisse d'une campagne de vaccination contre la rougeole, d'une construction de dispensaires [...] l'option finalement retenue repose beaucoup plus souvent sur des choix politiques que sur des arguments scientifiques » (Fassin, 1992). C'est une remarque qui, comme le souligne l'auteur, ne vaut pas seulement pour l'Afrique ou le Tiers Monde (Fassin, 1992). En effet, cette politisation des problèmes sanitaires a aussi été énoncée, entre autres, par Roy (2002), dans ses travaux portant sur le problème du diabète en milieu innu :

« Lorsque des populations entières résistent à l'application de la prescription, on ne peut se contenter d'argumenter dans le seul sens de l'ignorance des acteurs de ces populations. Ces phénomènes sont de notre point de vue des manifestations concrètes de la confrontation d'intérêts divergents qui vont bien au-delà de la non-compréhension et de la non-adhésion aux sacro-saints savoirs médicaux. Et dans cette perspective, le savoir biomédical, la prescription biomédicale, les rapports des instances relevant de la biomédecine avec les populations, doivent être appréhendés comme l'exercice de forces ayant pour objectif ultime le « contrôle des populations », leur soumission à des normes définies et appliquées depuis l'extérieur des milieux visés. En ce sens, les interventions biomédicales sont incontestablement des interventions politiques » (Roy, 2002).



Fassin, qui se défend bien cependant d'opposer les concepts de culture et de politique, puisque « le second trouve pour partie sa forme et son sens dans le premier » (Fassin dans Cros, 1994), affirme plutôt qu'il s'agit plutôt d'éviter une lecture exclusivement culturelle de certains problèmes de santé comme le sida, citant l'exemple d'Haïti et faisant valoir le fait qu'une telle lecture risquerait d'occulter les rapports sociaux particuliers découlant de cette maladie (Fassin dans Cros, 1994).

Face au constat de l'importance équivalente des approches interprétative et critique de l'anthropologie médicale, des chercheurs se sont montrés en faveur d'une combinaison de ces deux approches où se côtoient, par exemple, les recherches empiriques quantitatives, les réflexions théoriques relevant d'une anthropologie critique, l'analyse proprement anthropologique des interfaces entre les significations de la maladie, les pratiques de soins et les recherches de terrains personnels (Massé dans Saillant et Genest, 2005). Massé explique :

« Divers travaux tentent une telle conciliation entre l'analyse des significations associées à la maladie par des populations et l'analyse critique de l'influence des structures sociales et politiques sur la production de la maladie, et ce, encore une fois, en vertu d'études empiriques. Ces travaux répondent plus ou moins implicitement à l'appel lancé par Bibeau (1988) pour une analyse des interfaces entre les forces macrosociologiques qui conditionnent la structuration sémiologique de la réalité, le contexte historique et les rapports de pouvoir dans lesquels se sont développés les valeurs culturelles, de même que les paliers intermédiaires par lesquels les codes culturels s'articulent au contexte macrosocial » (Massé dans Saillant et Genest, 2005).

Nous avons donc choisi d'inscrire notre recherche anthropologique dans cette voie conciliatrice entre une étude des significations de la maladie, de la prévention et de la recherche de soins à l'intérieur d'une approche anthropologique interprétative et dans une analyse critique des structures sociales et politiques de la maladie et des

forces qui conditionnent l'accès à l'éducation sanitaire et, par conséquent, au pouvoir et à l'autodétermination sanitaires.

### **Contribution et perspectives de l'anthropologie à la question du paludisme**

Diverses perspectives ont été adoptées par l'anthropologie dans l'étude du paludisme, mais c'est sans doute selon la perspective interprétative que le paludisme a été le plus souvent analysé par les différents anthropologues qui ont étudié cette question en profondeur.

On peut penser à Bonnet (1986a) qui a beaucoup travaillé sur les conceptions du paludisme chez les Mossi du Burkina Faso. Ses recherches, qui ont porté sur l'étude des représentations mentales de l'hyperthermie, ont permis de comprendre que cet état a des significations suffisamment contradictoires (à la fois corps chaud à traiter et expurgation régénératrice) dans le système de sens des Mossi pour être inutilisable par les acteurs de la santé publique, surtout pour l'éducation sanitaire. L'équation corps chaud égale dispensaire ne tient plus. Gruenais (2003) arrive aux mêmes conclusions que Bonnet : la fièvre est considérée, d'après lui, comme un épisode normal à un certain stade de développement de la grossesse ou de l'enfant. La relation fièvre-paludisme-moustique serait en fait informée par toute une série d'expériences et de messages sanitaires dont les populations et le personnel de santé doivent réaliser eux-mêmes la synthèse (Gruenais, 2003). Les représentations culturelles du paludisme chez les Mossi dégagent trois entités nosologiques traditionnelles qui seraient fonction de l'évolution clinique de la maladie et de l'âge de la personne (Bonnet, 1986b), en plus de la « maladie de l'oiseau » que l'auteur attribue, non pas au paludisme, mais plutôt à la convulsion de l'enfant. Cet état convulsif de l'enfant, que la biomédecine attribue au neuropaludisme, fait donc partie d'un tout autre registre dans le système de sens mossi.

Diop (1995) a également étudié le paludisme dans une perspective interprétative et écoépidémiologique, consacrant sa thèse à l'étude de deux catégories de parasitoses humaines majeures au Mali, liées à l'environnement et plus particulièrement à l'eau : la schistosomiase et le paludisme. Concernant le paludisme, l'auteur a cherché à connaître le contenu des expressions populaires du paludisme dans la zone sahélienne et le décalage entre ces conceptions et les conceptions biomédicales. Les conclusions de Diop rapportent l'acharnement des acteurs de la santé publique, qui font fi des conceptions traditionnelles au profit de l'imposition des catégories biomédicales, n'atteignant que partiellement la population par ses efforts de promotion de la santé, au détriment des couches inférieures de la population.

Beiersmann (2005) a porté son attention, à l'instar de Diop, sur les conceptions locales liées au paludisme au Burkina Faso. En plus de dénoncer l'inclusion de catégories biomédicales dans le discours de la santé publique, n'atteignant qu'en partie la communauté, Beiersmann (2005) souligne le besoin de dépasser la simple communication verbale des messages de santé publique aux principaux intéressés. Selon elle, le décalage entre les conceptions biomédicales et les conceptions traditionnelles ne saurait être comblé que par un ensemble de stratégies éducatives utilisées de façon simultanée au niveau de la communauté, dans les groupes de tontines, au niveau scolaire chez les jeunes, par l'intermédiaire des agents de santé, par la publicité, etc. (Beiersmann, 2005).

Dans le même ordre d'idées, Kpatchavi (2000) a étudié les savoirs locaux sur le paludisme chez les Gbe du Bénin, en décrivant et analysant les représentations et les pratiques liées au paludisme chez des communautés Fon et Waci (sud et centre du Bénin). Ses conclusions rejoignent celles de Diop, car leurs représentations du paludisme interfèrent, selon lui, avec le modèle d'explication biomédicale et créent du coup plusieurs formes d'attitudes et de conduites de traitement (résignation, banalisation, négligence et réticence vis-à-vis du recours aux soins dans les

formations sanitaires). Toujours selon Kpatchavi (2000), les représentations sociales doivent être utilisées impérativement comme point de départ pour améliorer les stratégies de lutte contre le paludisme. Au niveau des attitudes et des conduites de traitement en fonction des représentations traditionnelles du paludisme, Drabo et son équipe (2003) croient même que le rejet brutal des catégories traditionnelles liées au paludisme par les membre du personnel de santé lors des activités d'information va jusqu'à entraîner la démobilisation de l'auditeur et, par conséquent, l'échec complet de la promotion sanitaire.

Dans un effort de synthèse sur l'apport de l'anthropologie à la lutte contre le paludisme et autres maladies, Jaffré (2003) compte cinq perspectives qu'il semble important de garder à l'esprit dans chacun des travaux anthropologiques ayant pour sujet le paludisme :

- 1- On ne peut prendre en charge une population sans la connaître. Par conséquent, pour améliorer l'accès aux soins et l'observance du traitement, il faut comprendre et analyser les systèmes d'interprétation populaires de la maladie.
- 2- Les conduites de soins des populations correspondent à des choix parmi les « offres disponibles ». Il faut donc les connaître pour améliorer l'accès des malades aux services de santé.
- 3- Les conduites des populations ayant un impact sur la santé ne sont pas, du point de vue des acteurs, des conduites à finalités sanitaires. Il en résulte que l'adoption des propositions préventives dépend d'un ensemble de facteurs, non pas uniquement médicaux, mais aussi sociaux.
- 4- L'observance étant liée à la qualité de la relation entre les soignants et les soignés, il est indispensable d'analyser la qualité objective, mais aussi ressentie, de l'offre sanitaire.

- 5- Chaque programme de santé définit des objectifs particuliers. Mais chaque pays ou collectivité « bénéficiant » de plusieurs projets, on ne peut comprendre les « réponses » des acteurs aux propositions sanitaires sans analyser les synthèses qu'ils opèrent entre les multiples objectifs dont ils sont la « cible ». (Jaffré, 2003)

Cette énumération de Jaffré (2003), que nous avons reproduit ci-haut dans ses grandes lignes, porte à réfléchir sur les multiples dimensions de la problématique du paludisme en Afrique et nous amène à parler des perspectives qui viennent s'ajouter à la perspective de sens dont nous venons de discuter et qui correspond à la première proposition de Jaffré (2003), telle qu'adoptée par les anthropologues ces dernières années. Parmi ces différentes perspectives, nous retrouvons la perspective économique correspondant à la proposition 2 de Jaffré (2003), la perspective sociale, que l'on retrouve à la proposition 3, la perspective biomédicale ou clinique de la proposition 4, et, enfin, la perspective politique qui correspond à la dernière proposition de l'auteur.

La perspective socioéconomique du paludisme a été considérée ces dernières années, dans des études anthropologiques, notamment par Roger (1993), Faye, Lalou et Adjamagbo (2004) Audibert (2004) et Granado et al. (2006). Pour Audibert (2004), les facteurs économiques constituent un obstacle majeur à la lutte contre le paludisme. En plus de souligner le fait que le coût des soins demeure le principal obstacle pour les plus pauvres, la lutte contre le paludisme semble constamment, d'après cet auteur, se heurter au fait que « la population cible définie par les programmes de santé ne correspond pas à la population socialement ou économiquement importante de la société : les programmes ne peuvent donc compter sur une implication forte de la population » (Audibert, 2004), nuisant ainsi à son efficacité. De plus, comme l'affirment Faye, Lalou et Adjamagbo (2004), l'autotraitement par des soins traditionnels et modernes constitue la

première, la principale et souvent la seule démarche thérapeutique utilisée par les plus pauvres en cas de fièvre palustre chez l'enfant. Toujours dans cette perspective, Granado (2006) a étudié avec son équipe plus particulièrement les coûts liés aux antipaludiques, au moyen d'une analyse de ce qu'elle nomme « la *monnayabilité* des médicaments » (Granado et al., 2006). Le paludisme est perçu comme une charge économique, à la fois à cause des absences au travail, mais également à cause des coûts du traitement. Dans une étude réalisée dans le contexte urbain d'Abidjan, au Sénégal, elle constate que le « statut de marchandise » (Granado et al., 2006) attribué aux antipaludiques et « la quotidienneté des médicaments encouragent, surtout en ville, un échange qui est basé sur l'argent » (Granado et al., 2006).

Roger (1993) a aussi analysé ce contexte de la ville dans une étude socioéconomique portant sur la modification des représentations relatives à la maladie et au paludisme à Sikasso, au Mali, en partant de l'idée généralement admise que « l'accès aux infrastructures sanitaires modernes modifie les représentations des mères vis-à-vis des maladies » (Roger, 1993), et que « l'environnement, social et spirituel détermine les schémas étiologiques et thérapeutiques en œuvre dans une société » (Roger, 1993). Roger (1993) a cherché à savoir si, dans un contexte urbain, le contact avec les services de santé avait le même impact, sachant qu'en ville, l'influence des messages modernes, véhiculés par les différents médias, par exemple, est plus grande et moins dépendante des contacts avec les services de santé modernes. L'auteur conclut cependant que l'évolution des schémas étiologique et thérapeutique, bien qu'elle soit de plus en plus induite par divers éléments issus de la ville, reste encore largement dépendante de cette accessibilité au système de soins. Ainsi, Roger ouvre la voie à la perspective biomédicale et clinique, qu'elle considère également pertinente dans l'étude du paludisme.

Louis et son équipe (1992) ont étudié le choix thérapeutique des populations du bassin de la Sanaga, au Cameroun, dans le traitement du paludisme, qui constitue l'endémie dominante à cet endroit (Louis, 1992). L'auteur explique que le recours thérapeutique le plus habituel fait appel, face à ce problème, à l'automédication, et qu'il importe par conséquent de vérifier la qualité du traitement ainsi administré, mais aussi qu'il est essentiel d'accorder une vigilance particulière et d'engager une réflexion approfondie sur d'éventuelles stratégies prophylactiques et/ou thérapeutiques complémentaires (Louis, 1992). Hamel (2002) et son équipe feront, quelques années plus tard, le même constat, suite à leurs recherches sur le traitement à domicile des enfants fiévreux dans le district de Bungoma, au Kenya. Selon cet auteure, les personnes qui s'occupent de l'enfant, souvent les mères, sont les principales dispensatrices des traitements antipaludiques et qu'ainsi, le traitement à domicile doit être renforcé et adopté chaque fois qu'un traitement rapide dans un établissement de santé n'est pas possible. Elle propose aussi que l'administration fréquente de doses incorrectes de chloroquine devrait moins se produire après l'adoption de la sulfadoxine-pyriméthamine comme médicament recommandé (Hamel, 2002), puisque sa posologie est plus simple. Enfin, Hamel entérine malgré tout l'idée que « les visites régulières aux dispensaires anténataux offrent la possibilité d'assurer une bonne couverture par un traitement antipaludique préventif administré de façon intermittente pendant la grossesse et permettent de distribuer à cette occasion des moustiquaires aux enfants et aux femmes enceintes » (Hamel, 2002).

Dans le même ordre d'idées, Jaffré (2003) appuie l'approche anthropologique comme pouvant aider à la résolution des problèmes de mortalité et de morbidité liés au paludisme. Ce dernier résume cet apport de l'anthropologie au moyen de cinq propositions : 1- contribuer à résoudre l'intercompréhension entre soignants et soignés, en décrivant les systèmes populaires d'interprétation de la maladie ; 2- décrire l'offre de soins et les pratiques profanes de traitement, pour comprendre les logiques d'accès aux soins ; 3- analyser l'enclassement des mesures préventives

préconisées dans des conduites sociales, comme les « manières de lit », afin de pouvoir tenir compte des modalités d'appropriation des innovations proposées ; 4- améliorer les interactions entre soignants et soignés, en se questionnant sur les catégories morales locales ; 5- réduire les effets pervers d'une trop grande « verticalisation » des programmes, en favorisant les possibilités de synthèse des projets par les collectivités et les administrations locales (Jaffré, 2003). Ce faisant, on peut espérer éviter la constatation que Tinta a faite quelques années plus tôt, en étudiant l'apport des connaissances médicales des agents de santé en direction des guérisseurs : « Je me suis rendu progressivement compte que, pour ces guérisseurs, en tout cas pour la plupart, l'information donnée par les agents de santé à propos du paludisme était du simple « vernis » en dessous duquel persistait un savoir autre, à partir duquel ils ajustaient leurs pratiques » (Tinta, 2006). Dans une perspective biomédicale ou clinique, la relation guérisseur-agent de santé ou patient-médecin, qui a aussi fait l'objet des travaux de Meley (2007) et Ndoye (2002), s'affirme de plus en plus comme incontournable dans toute tentative de résolution de la problématique du paludisme en Afrique. Cependant, le type de relation qu'on rencontre dans les structures de soins est aussi conditionné par des facteurs politiques.

Cette perspective politique de la question du paludisme a été considérée, entre autres, par Chiappino (1992), Jaffré (2003) et Ndoye (2002). Chiappino (1992) qui a travaillé auprès des Yanomami du Venezuela, fait valoir l'importance de la concertation entre les différents programmes de lutte contre le paludisme. L'auteur soutient que l'absence de coordination entre les diverses institutions engagées (religieuses, médicales, de recherche) et le manque de cohérence des projets du personnel employé (médico-sanitaire, missionnaire, indigène, socio-anthropologique) ont nui aux programmes et à leur adhésion par la communauté (Chiappino, 1992). Ce raisonnement a été poursuivi par Jaffré (2003), tel que nous l'avons vu un peu plus haut, lorsque l'auteur affirmait que « chaque pays ou collectivité « bénéficiant » de plusieurs projets, on ne peut comprendre les



« réponses » de ces acteurs aux propositions sanitaires sans analyser les synthèses qu'ils opèrent entre les multiples objectifs dont ils sont la « cible » (Jaffré, 2003). Ndoye (2002) a aussi étudié les politiques des autorités sanitaires, notamment en ce qui concerne le recours précoce aux structures de soins par les personnes impaludées. De plus, il tente une explication des facteurs qui réduisent l'efficacité de l'offre thérapeutique et s'attache à mieux comprendre les réformes qui ont modifié les conditions d'offres de soins dont la Politique des Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako.

Comme nous le verrons au cours des prochains chapitres, notre recherche adopte plus ou moins chacune de ces perspectives, tout en tentant de dresser un portrait global de la problématique du paludisme au Burkina Faso. La perspective de sens est fondamentale dans notre analyse puisqu'elle constitue la trame de base qui explique certains aspects de l'acquisition des connaissances et des compétences sanitaires analysée dans notre thèse. La perspective socioéconomique est également primordiale, puisque nous avons considéré l'acquisition différentielle des connaissances et des compétences sanitaires entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre des individus provenant de divers milieux. Étant entré dans l'univers de la clinique et de l'éducation, où prévalent les concepts biomédicaux plutôt que traditionnels, la perspective biomédicale ou clinique s'est tout naturellement imposée dans nos analyses. Enfin, la perspective politique nous a permis de comprendre l'orientation prise par la société et par le ministère de la Santé et, d'une façon plus marquée, par le système d'éducation.

Le chapitre suivant de notre thèse est consacré à la présentation du cadre conceptuel utilisé. Nous y retrouvons le concept de compétence qui a été balisé de manière à délimiter ce que nous avons retenu de ce concept pour notre étude. Nous constatons aussi que cette compétence peut être qualifiée de « compétence virtuelle », lorsqu'on suppose qu'elle est acquise, mais que, saisie dans l'action,

elle devient, soit une « compétence effective », soit une compétence qu'on nommera alors « performance ». L'acquisition de compétences, qui est au cœur de cette recherche, nous aura conduit à choisir un cadre conceptuel socioconstructiviste, que nous décrivons avec ces trois principaux axes : l'axe empirisme-rationalisme, l'axe connaissance-compétence ainsi que l'axe socioculturel.

Le troisième chapitre décrit la démarche méthodologique de cette thèse. Nous y faisons d'abord une description du lieu de la recherche. Chacun des quatre espaces d'étude de la transmission de compétence est exploré. L'une après l'autre sont décrites, selon les principaux objectifs, les méthodes et les données collectées. Vient ensuite la description des analyses de l'acquisition des compétences sanitaires. Enfin, l'aspect éthique du processus de collecte et d'analyse est affirmé, puisque cette recherche s'inscrit dans l'ensemble des recherches réalisées avec des êtres humains.

Dans les chapitres 4, 5, 6 et 7, nous nous concentrons successivement sur chacun des quatre espaces qui constituent le cœur de cet ouvrage. Chacun des espaces nous a permis d'observer l'acquisition de compétences sous un angle particulier, en évoluant progressivement des espaces les plus biomédicaux vers les espaces les plus traditionnels. Cependant, chacun des espaces se lit et se comprend de manière indépendante des autres. Ainsi, le chapitre quatre est réservé à l'espace médical. Le profil biomédical ainsi que les stratégies de l'enquête y sont décrits. Les résultats démontrent l'importance du facteur économique dans l'accès aux soins, ainsi que d'une prise de décision conditionnelle aux compétences acquises. Nous discutons ensuite de l'Agent de santé villageois et de son rôle de relais dans la prise en charge de la communauté. Avant de conclure cet espace, nous décrivons le contexte de consultation au Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ainsi que quelques cas qui viennent illustrer nos résultats de façon plus concrète.

Le chapitre cinq est réservé à l'espace scolaire. La situation de l'éducation au Burkina Faso ainsi que la structure du système éducatif burkinabé y sont décrites. Les stratégies d'enquête y sont ensuite révélées. Nous examinons plus particulièrement le contenu du programme du cours sur le paludisme tel que balisé par le ministère de l'Éducation du Burkina Faso et les résultats aux cinq questions que nous avons posées sur le sujet. Avant de conclure, nous expliquons les perceptions des enseignants sur la question des connaissances et compétences de leurs élèves ainsi que leur position face au curriculum scolaire tel que prescrit par les politiques éducatives.

Le chapitre six traite de l'espace tradithérapeutique. Dans un premier temps, l'environnement de travail des tradipraticiens y est décrit. Ensuite nous explorons le savoir traditionnel, en particulier en ce qui a trait au *sumaya* qui est la catégorie de maladie correspondant en partie au paludisme. Le savoir nosographique, le savoir étiologique, la symptomatologie, le diagnostic, le traitement et enfin la prévention du *sumaya* y sont traités. Le parcours pour devenir tradipraticien ainsi que l'évolution du savoir empirique des guérisseurs sont présentés. Finalement, les guérisseurs nous donnent leur avis sur le comportement des patients qu'ils rencontrent. Le chapitre six se termine par la conclusion sur l'espace tradithérapeutique.

Le chapitre sept concerne l'espace familial. La population étudiée est décrite ainsi que le lieu de la recherche. Nous exposons également les caractéristiques sociodémographiques des mères des villages et de la ville de Nouna. Nous présentons ensuite les compétences liées à la gestion de l'environnement. Les connaissances et les compétences des mères sur le *sumaya* ainsi que l'évaluation des compétences virtuelles et effectives des mères sur la gestion du paludisme sont discutées. Nous examinons enfin les résultats des entretiens avec les familles, avant de tirer des conclusions sur l'ensemble des résultats de l'espace familial.

Finalement, au chapitre huit, nous exposons les résultats de l'analyse des liens et des contradictions des quatre espaces, c'est-à-dire que nous faisons le lien entre l'espace médical, l'espace scolaire, l'espace tradithérapeutique ainsi que l'espace familial. Les connaissances et les compétences sanitaires sont analysées à partir de deux cas : le cas d'Awa, une mère villageoise qui n'a pas fréquenté l'école, et le cas d'Aminata, une mère qui vit dans la ville de Nouna et qui a bénéficié d'une éducation de niveau secondaire. L'analyse est réalisée en fonction des différents axes de divergence, soit l'axe empirisme-rationalisme, l'axe connaissance-compétence et l'axe socioculturel.

## **CHAPITRE 2**

### **LE CADRE CONCEPTUEL**

Fraîchement diplômée d'une maîtrise en anthropologie biologique, j'étais résolue à prendre le temps des vacances estivales pour enfin découvrir le monde et ses cultures, autrement que par les passionnants récits de Lévi-Strauss ou de Malinowski. Bien que l'Amérique latine ait été ma passion à l'époque, les circonstances firent que c'est l'Afrique de l'Ouest qui allait m'accueillir en premier. Un stage de trois mois dans la commune de Kadiolo au Mali était offert pour la période qui m'intéressait. Les trois mois que j'y passai me firent découvrir de choquantes réalités dans cette partie de l'Afrique.

J'y découvris tout d'abord à quel point conserver la santé ne se résume pas qu'à une vingtaine de minutes d'exercice par jour et dans l'évitement des excès de tous genres. Garder la santé était devenu un combat de tous les jours. Même armée de Lariam™ et d'une moustiquaire imprégnée pour éviter le paludisme, de Pristine™

pour purifier l'eau de consommation et d'une multitude de médicaments et d'onguents pour soigner tous les maux imaginables, mon conjoint et moi-même tombâmes à plusieurs reprises très malades. J'avais découvert la dure réalité sanitaire de l'Afrique.

Ces expériences de la maladie m'ont cependant fait découvrir une autre réalité, celle de mes aptitudes médicales. N'étant pas issue de la faculté de médecine, j'ai toutefois découvert que mes connaissances préventives et curatives étaient amplement suffisantes pour anticiper ou traiter toutes les maladies ou infections auxquelles mon partenaire et moi avons été confrontés. Dès l'apparition d'une fièvre, je savais la détecter. Je connaissais la posologie d'antipyrétiques à prendre. Je connaissais une formule de réhydratation maison à base d'eau, de sucre et d'une pincée de sel. Je savais faire baisser la fièvre avec des serviettes humides. Je savais aussi juger d'une fièvre traitable à la maison ou au contraire d'une fièvre qui nécessite une consultation médicale ou une hospitalisation. Je ne saurais dire aujourd'hui où exactement j'ai pu acquérir tous les principes de base qui m'ont permis de survivre dans cet environnement hostile, je le savais, tout simplement.

C'est seulement lors de la visite d'un ami malien à la maison que j'ai réalisé que le fait de posséder ces bases en soin et prévention de la maladie n'était pas donné à tous. Notre ami que j'appellerai S. était un élève très brillant. Premier de sa classe, il devait commencer la terminale du secondaire au retour du congé estival. Ce garçon s'exprimait dans un français parfait et maîtrisait aussi l'anglais et l'allemand. Doué pour les langues comme pour les mathématiques, nous savions qu'il ferait des études universitaires, et, aux dernières nouvelles, il était à Bamako pour des études de droit. Mais, lors de l'une de ses visites quotidiennes, je remarquai que S. avait une plaie énorme à la jambe. Il me semblait bien ne pas l'avoir vue à sa visite précédente et je l'interrogeai à ce sujet. Il me confia qu'il s'agissait d'une petite blessure qui s'était d'abord infectée et qu'il avait lui-même soignée. Ce que j'appris ensuite me déconcerta.

Afin de combattre l'infection qu'il savait être due à des microbes, et en bon élève qu'il était, il prit de l'eau de puits qu'il fit bouillir afin de la débarrasser des parasites et... en versa une grande quantité sur sa jambe ! Le pauvre garçon était brûlé au deuxième degré profond.

J'ai longtemps réfléchi à cet événement et cherché à comprendre pourquoi un élève, qui avait pourtant étudié les sciences biologiques au lycée de son village et qui connaissait les principes pasteurien, en était arrivé à s'infliger une telle torture. Peut-être croyons-nous trop souvent et à tort que l'analphabétisme lié à la pauvreté est la seule cause de la faiblesse des comportements sanitaires des populations et qu'une éducation occidentalisée en est la solution. Peut-être que les connaissances biomédicales, lorsqu'elles sont enseignées de façon purement magistrale, ne permettent pas de les appliquer dans des situations concrètes de blessure ou de maladie.

Quoi qu'il en soit, c'est depuis cet incident que je m'intéresse à l'acquisition du savoir médical par les populations africaines. Comme la lutte contre le paludisme fait appel à une multitude de savoirs, que ce soit dans la lutte préventive ou dans la lutte curative, ce problème semblait tout indiqué pour arriver à comprendre ce qui avait bien pu arriver et ce qui avait manqué à mon cher ami S. en termes d'acquisition de savoirs sanitaires pour lui éviter une telle situation.

J'ai donc commencé mes recherches sur le sujet en m'attardant plus particulièrement au paludisme. Les recherches traitant de l'efficacité de différentes tentatives d'éducation préventive et curative dans la lutte au paludisme réalisées au cours des dernières années avaient en commun un concept clé, celui de compétence.

Par exemple, les recherches de Diallo (2001), Yeboah-Antwi (2001), Hamel (2002) et Curtis (2001) ont permis de démontrer assez clairement que même si les

efforts sociopréventifs semblent permettre un réel accroissement des connaissances, les compétences, pour leur part, ne semblent pas suivre la même progression.

Par exemple, Diallo (2001) a évalué la capacité des mères à détecter la présence de fièvre ou d'un accès palustre chez leur enfant dans une zone rurale de la République de Guinée. Sur les 552 mères sélectionnées pour son étude, 1/3 des mères seulement a présenté une certaine compétence à reconnaître l'état de maladie chez leur enfant.

De plus, différentes études révèlent qu'à la base, les traitements antipaludiques sont bien connus et assez fréquemment utilisés par les individus interrogés. Cependant, la mauvaise observance des schémas thérapeutiques recommandés, soit par doses infra thérapeutiques tel que rapporté par Yeboah-Antwi (2001), soit à l'inverse par surdose potentiellement toxique comme l'a constaté Hamel (2002), suggère un manque de compétence principalement lorsqu'il s'agit d'augmenter ou de réduire la dose administrée à domicile en fonction de l'âge de l'enfant, sans supervision des services de santé.

Un autre exemple du manque de compétence concerne l'utilisation de la moustiquaire imprégnée telle que rapportée par Hamel (2002). Cette recherche effectuée au Kenya a révélé que, malgré le fait que 97 % des sujets interrogés connaissaient l'existence de la moustiquaire, seul un tiers des ménages en faisait usage et dans 8 % des cas la moustiquaire n'était pas assez grande pour être bordée sous la natte ou le matelas. Parmi les ménages possédant une moustiquaire, aucun n'avait fait imprégner d'insecticide sa moustiquaire, condition jugée nécessaire pour prévenir la transmission du paludisme. C'est donc dire que, bien que la connaissance de l'objet en question, le « quoi », soit appropriée pour la majeure partie des individus interrogés (dans 97 % des cas selon la démonstration de notre dernier exemple), le savoir-faire des mères, c'est-



à-dire le « comment », demeure insuffisant pour assurer avec un minimum de compétence la protection ou la prise en charge sanitaire de leurs enfants.

Le concept de « compétence » en santé est utilisé pour analyser la portée des efforts de lutte contre le paludisme dans notre zone d'étude. Ce concept est appliqué tout au long de cette recherche. Avant de poursuivre, il semble nécessaire de définir et baliser ce concept de compétence afin de révéler le sens qui lui a été donné dans l'analyse des données.

### **Origine et débats autour du concept de compétence**

Le concept de compétence a d'abord servi de critère d'inclusion dans le domaine juridique, qui a été défini dès 1596 comme l'aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées (Mohib et Sonntag, 2003). Cette utilisation du concept de compétence s'est ensuite élargie, pour signifier la maîtrise, par un individu, d'un domaine d'activités, et principalement d'activités professionnelles (Lévy, 2000).

Partant d'une application liée davantage à une forme de reconnaissance sociale de l'aptitude de l'individu, ce concept a ensuite été théorisé par Noam Chomsky dans le domaine de la linguistique. Pour Chomsky, la compétence linguistique est une faculté générique qui permet de prononcer un nombre infini de phrases différentes (Moffet, 2000). Par la suite, ce concept a été défini dans l'optique d'une application en psychologie du développement cognitif, en ergonomie et en sociologie du travail, et dans le champ de la formation des maîtres aux États-Unis dès la fin des années 1960 (Jonnaert, Barrette, Boufrahi, Masciotra, 2004).

De toutes ces applications, c'est, sans contredit, celle que l'on fait de ce concept de compétence dans le champ de l'éducation qui est la plus controversée et

critiquée (Lévy, 2000, Toussaint, Xypas, 2004). C'est, entre autres, sa trop rapide introduction dans le système scolaire, sans avoir d'abord fait l'objet d'une analyse suffisamment approfondie, qui a été critiquée, ce qui a amené le concept de compétence à simplement se substituer à celui d'objectif (Bouallag, 2001; Jonnaert, Barrette, Boufrahi, Masciotra, 2004). Selon Bouallag (2001), la pédagogie par objectifs a été fortement critiquée, pour s'être enfermée dans un opérationnalisme comportemental, éloigné de l'acte pédagogique, et transformé, par conséquent, en un acte constitué de réflexes conditionnés, faisant abstraction de toute spécificité et de toutes sortes de pensées créatives chez l'apprenant (Bouallag, 2001).

Afin de mieux préciser le concept de compétence, dans le but de le rendre davantage opératoire et de le distinguer de l'approche par objectifs, divers auteurs ont tenté de définir ce concept. Nous résumons ces différentes définitions dans le tableau qui suit :

**Tableau 1. Les définitions du concept de compétence par auteur**

Auteurs	Définition du concept de compétence
Montmollin (1986)	Des ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites-types, de procédures standards et de types de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau.
D'Hainaut (1988)	La compétence est un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui permet d'exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité.
Jonnaert, Lauwaers et Pesenti (1990)	La compétence a un caractère global et est la combinaison d'un ensemble de ressources qui, coordonnées entre elles, permettent d'appréhender une situation et d'y répondre plus ou moins pertinemment.
Leplat (1991)	Un système de connaissances permettant à une personne d'engendrer l'activité qui répond aux exigences des tâches dans une classe de situations.
Gillet (1991)	Un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schéma opératoire et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, l'identification d'une tâche problème et sa résolution par une action efficace.
Raynal, Rieunier (1997)	Ensemble ordonné de règles permettant de résoudre un problème particulier.

Perrenoud (1999)	Une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes.
OCDE (2000)	La capacité de faire quelque chose.
Maurin (2001)	Un ensemble de connaissances, de savoir-faires, d'aptitudes intellectuelles, d'attitudes personnelles qui se manifestent dans la réalisation efficace d'une tâche avec un certain niveau de complexité.
Pastré et Samurçay (2001)	Un rapport de la personne aux situations.
Masciotra, Jonnaert et Daviau (2003)	L'intelligence des situations.

Sources : Pottinger, Goldsmith (1979) ; Jonnaert, Barrette, Boufrahi, Masciotra (2004) ; Maurin (2001)

La constante redéfinition de ce concept, qui a eu lieu sur une période de temps non négligeable par différents auteurs et qui se poursuit encore aujourd'hui en fonction des applications prévues, témoigne bien des difficultés que rencontrent toutes tentatives d'utilisation de ce concept et des nombreuses critiques qui en résultent (Mohib et Sonntag, 2003; Jonnaert, Barrette, Boufrahi, Masciotra, 2004; Masciotra, 2007). De cet ensemble complexe de définitions du concept de compétence se dégage néanmoins quelques constantes conceptuelles.

Ainsi, Jonnaert (2002) a pu dégager quatre éléments principaux : une compétence fait référence à un ensemble d'éléments, 2- ces éléments peuvent être mobilisés par le sujet, 3- ces éléments permettent de traiter une situation et 4- cette situation est traitée avec succès (Jonnaert, 2002). Reprenant en exemple différents auteurs, Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotra (2004) ont décomposé leurs différentes définitions en dégageant les quatre éléments énoncés par Jonnaert (2002). Nous les avons reproduit dans le tableau suivant :

**Tableau 2. Comparaison de différentes définitions du concept de compétence**

<b>Une compétence</b>	<b>D'Hainaut, 1988</b>	<b>Raynal et Rieunier, 1997</b>	<b>Gillet, 1991</b>	<b>Jonnaert, Lauwaers, Pesenti, 1990</b>	<b>Perrenoud, 1997</b>
<b>Fait référence à un ensemble d'éléments</b>	Des savoirs, des savoirs faire et des savoirs-être	Des comportements	Un système de connaissances, conceptuelles et procédurales	Des capacités	Des ressources
<b>Que le sujet peut mobiliser</b>	(non précisé)	Ces comportements sont potentiels	Ces connaissances sont organisées en schémas opératoires	Ces capacités sont à sélectionner et à coordonner	Ces ressources sont mobilisables
<b>Pour traiter une situation</b>	Traitement des situations	Une activité complexe	Identification d'une tâche-problème et sa résolution	La représentation de la situation par le sujet	Un type défini de situations
<b>Avec succès</b>	Exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité	Exercer efficacement une activité	Une action efficace	Répondre plus ou moins pertinemment à la sollicitation de la représentation de la situation	Agir efficacement

Source : Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotra (2004)

Ainsi, on peut considérer qu'une compétence est la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources. Cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation (Jonnaert, Barrette, Boufrahi et Masciotra, 2004). Dans le cadre de nos propres analyses, nous avons convenu d'utiliser le concept de compétence dans le sens donné par Perrenoud (1999, 2000).

Issu du domaine de l'éducation, Perrenoud nous propose une formulation du concept de la compétence plutôt large qui semble s'accorder avec la majorité des auteurs qui ont proposé une définition de ce concept. Selon la définition de Perrenoud, une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances

nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes (Perrenoud, 1999, 2000).

Nous aurions certainement pu choisir une autre définition ou même créer notre propre définition en faisant l'amalgame des différentes définitions proposées. Cependant, Jonnaert a déjà tenté l'exercice à partir des définitions de Perrenoud, Jonnaert et Tardif. Sa définition de la compétence appliquée à l'éducation est la suivante : « une personne est considérée compétente si elle peut mettre en œuvre de façon cohérente un certain nombre de ressources et ainsi agir efficacement dans une situation et un contexte déterminés, voire de façon plus large, dans une classe de situations » (Jonnaert, 2003). Cependant, puisque Jonnaert (2003) affirme lui-même que cette définition demeure critiquable à différents niveaux, et principalement par son caractère global et jugé trop large, nous avons convenu de nous en tenir à la définition d'un seul auteur. De plus, puisque notre utilisation du concept de compétence ne s'inscrit pas dans le développement d'un programme d'éducation, mais que son utilisation dans le cadre de ce travail ne sert qu'à distinguer la compétence de la simple connaissance, la définition de Perrenoud (1999, 2000) a été retenue.

Nous croyons cependant que, bien que cette définition de Perrenoud (1999, 2000) convienne à notre étude, il est nécessaire d'en préciser les différentes composantes.

### **Baliser le concept de compétence**

C'est dans les travaux de Rey (1996) que nous avons trouvé les éléments nécessaires pour une meilleure définition de ce que Perrenoud appelle une « famille de situations ». Dans son ouvrage intitulé *les compétences transversales en question*, l'auteur établit une importante distinction entre compétences

spécifiques et compétences transversales. Dans les premières, un ensemble de connaissances, d'habilités et de capacités est mobilisé dans l'exécution d'une tâche bien précise, alors que l'acquisition de compétences transversales permet l'application des compétences développées dans des domaines se situant au-delà du cadre de l'enseignement initial. Il ne s'agit plus ici d'adapter l'individu « à une tâche ou un métier particulier, mais plutôt de le munir de compétences générales susceptibles d'être mobilisées dans des situations variables et imprévisibles » (Rey, 1996).

Dans un contexte environnemental en constante évolution avec, par exemple, l'arrivée en Afrique de la grippe aviaire (influenza aviaire H5N1) ou la résistance du *Plasmodium* qui est l'agent pathogène du paludisme, la compétence transversale devrait être à même de fournir à l'individu la capacité d'adaptation aux nouvelles conditions d'une même famille de situations. Pris dans un contexte plus social, l'auteur associe ce concept de compétence transversale au concept d'*habitus* dans le sens donné par Bourdieu et Passeron :

« Ce qui est remarquable, c'est que la notion d'*habitus* est très proche de celle de compétence et que, en même temps, elle est pensée d'emblée comme transversale. Sur le premier point, Bourdieu et Passeron utilisent le terme même de compétence et parlent de « compétence légitime en matière de culture légitime » en soulignant que cette manière organisée et systématique de penser et d'agir qu'est l'*habitus* est l'objet d'une reconnaissance collective. Mais ce qui est plus intéressant, c'est que la transférabilité de l'*habitus* est présentée comme une capacité d'« engendrer des pratiques ». Dès lors, l'analogie avec la compétence chomskienne, capacité générative, est évidente (avec, cependant, l'innéité en moins). La compétence ne se réduit pas à la possibilité de produire une liste préétablie de comportements (ou d'énoncés) stéréotypés, mais elle est ce qui permet d'engendrer une infinité de comportements ou d'énoncés nouveaux et adaptés aux situations. Par suite, ce qui réunit des individus ayant le même *habitus*, ce n'est pas du tout l'identité de leurs comportements (qui peuvent être très différents), mais l'identité totale ou partielle des grammaires génératives de pratiques » (Rey, 1996).

Ce que nous désirons retenir de l'exposé de Rey sur le concept de compétence transversale est le caractère adaptatif d'une compétence jugée valable, l'impact de l'environnement social dans l'acquisition de compétence chez l'individu et son utilisation effective en dehors du seul contexte d'apprentissage. Nous verrons l'importance de ces notions, notamment, dans l'espace scolaire au moment de l'acquisition de compétence sanitaire, et dans l'espace tradithérapeutique au moment de sa mise en pratique.

Docteur en sciences de l'éducation, De Landsheere (1988) apporte, dans son ouvrage intitulé *Faire réussir, faire échouer : la compétence minimale et son évaluation*, un éclairage sur la notion de « connaissance nécessaire » que nous gardons en tête pour le concept de compétence tel qu'utilisé dans la présente recherche. L'intérêt que nous portons à son propos est qu'il s'inscrit dans un cadre où l'environnement déterminera justement les compétences minimales nécessaires :

« Pour identifier les compétences minimales nécessaires, il faut connaître les exigences de la vie, voir quelles compétences on doit posséder pour y répondre et enfin fixer le niveau d'acquisition minimum qui permet de dire que ces compétences sont acquises » (De Landsheere, 1988).

Dans notre étude, nous verrons justement que certaines compétences minimales nécessaires à la résolution des problèmes causés par le paludisme sont soit présentes, soit partiellement ou totalement absentes chez les individus rencontrés. L'auteur établit à ce sujet une distinction entre deux minima pour les compétences selon que l'on ait affaire à : 1- une capacité distribuée de façon continue (savoir dessiner) ou 2- une capacité que l'on possède ou non (connaître tout l'alphabet) (De Landsheere, 1988). La compétence des guérisseurs, tel que nous le verrons, sera plutôt de nature continue alors que la prise de médicament en fonction d'une

posologie bien précise sera plutôt de l'ordre de la deuxième exigence, du type « tout ou rien ». Ainsi, dans notre cadre conceptuel nous retiendrons du propos de De Landsheere que le caractère nécessaire ou minimal des compétences dépend à la fois du contexte environnemental et de la nature de la compétence en question.

Pour ce qui est de « la capacité de mobiliser [les connaissances] à bon escient, en temps opportun » (Perrenoud, 1999), Philippe Jonnaert (2002) introduit le concept de performance et apporte quelques précisions que nous avons retenues pour notre cadre théorique.

### **Le concept de performance et l'utilisation effective des compétences**

Jonnaert rappelle d'abord la distinction établie par Chomsky en linguistique entre compétence et performance. Le premier concept, celui de compétence linguistique, est le savoir implicite d'un ensemble de règles permettant une infinité de productions langagières alors que la performance est l'utilisation effective de la langue dans des situations concrètes. La compétence est un fait individuel alors que la performance s'inscrit davantage dans le domaine social par son utilisation en situations réelles de communication (Jonnaert, 2002). Du côté des psychologues, on trouve, à l'instar des linguistes, une distinction entre ces deux concepts de compétence et de performance.

Nous verrons dans l'espace tradithérapeutique que la performance d'un tradipraticien, telle qu'elle est perçue ou évaluée par la communauté, fait partie des conditions de pratique d'un tradipraticien. En effet, une performance médiocre d'un tradipraticien peut constituer un facteur d'arrêt de la pratique de ce dernier, puisque les gens cesseront d'aller le consulter. Ce « tandem compétence/performance » est cependant considéré dans notre étude comme un seul et même



concept, puisque l'évaluation des compétences déclaratives et des compétences en situation est tantôt distinguée, tantôt assimilée.

Cependant, mis à part le cas des tradipraticiens, nous allons plutôt utiliser la distinction plus fluide de Jonnaert entre les compétences virtuelles et les compétences effectives, les premières étant considérées comme potentiellement plus proches des secondes et de même nature. Les questionnaires remplis par les participants et l'observation participante dans les familles et en clinique nous ont donc offert une description, dans un premier temps, des compétences virtuelles décrites par les participants et dans un deuxième temps, des compétences effectives que nous avons pu observer d'une façon empirique. Ces concepts clés sont organisés puis étudiés en fonction du cadre conceptuel socioconstructiviste.

### **L'éducation traditionnelle comme base de tout transfert de connaissance et de compétence**

Avant de décrire notre cadre conceptuel, il faut d'abord avoir en tête les principes généraux de l'éducation traditionnelle. Castle (1966) a écrit, concernant l'éducation coutumière en Afrique :

« One of the saddest mistakes of early missionaries was their assumption that they brought education to an entirely uneducated people. If literacy and formal schooling constitute the whole of education, they were right; but so far as education is a preparation for living in the society into which we are born, they were profoundly wrong » (Castle, 1966).

Non seulement l'éducation coutumière est-elle présente mais elle constitue à bien des égards le fondement de la société traditionnelle africaine. Mais en quoi consiste cette tradition éducative africaine, quelle est sa fonction au sein de la

société en Afrique et quels sont ses effets sur les conceptions de l'individu et de la société ?

On dit de l'enfant qui vient au monde en Afrique qu'il arrive « nanti d'un puissant potentiel » (Hampaté Ba cité par Erny, 1972), mais aussi que l'enfant est « telle une terre à poterie, façonnable à volonté » (Hampaté Ba cité par Erny, 1972). L'éducation permet donc à l'individu de se découvrir, de se développer, mais cette même éducation représente aussi la contrainte sociale qui prescrit la place et le comportement social que l'individu doit respecter. L'éducation sert donc l'intérêt du groupe par l'évolution de chacun des individus. Tel que l'explique l'anthropologue Busia :

«Traditional education sought to produce men and women who were not self-centered: who put the interest of the group above their personal interest: whose hearts were warm towards the members of their family and kinsfolk: who dutifully fulfilled obligations allowed and approved by tradition, out of reverence for the ancestor and gods, and the unknown universe of spirits and forces, and a sense of dependence on them » (Busia, 1969).

Le groupe est, dans ce modèle, entièrement responsable de l'éducation de ses membres et ces individus sont éduqués non pas dans leur propre intérêt, mais dans l'intérêt du groupe. En effet, l'individu prend rapidement conscience du rôle qu'il doit jouer dans sa communauté, des tâches qu'il doit accomplir et de ses obligations sociales. Dans ce système, l'individu est tour à tour l'éduqué, le coéducateur et l'éducateur dans, mais aussi pour, sa communauté.

Il est éduqué selon les traditions, d'abord par la mère (ou la nourrice) jusqu'au sevrage et ensuite par ses aînés, selon le modèle de l'intégration verticale dans la lignée (Erny, 1972). Tous les membres de la collectivité doivent intervenir dans l'éducation de l'individu, mais selon un contenu variable, par l'éducation

initiatique, formelle (lois explicitées), informelle (lois non explicitées) ou technique (transmission explicite fondée sur une analyse logique des processus en cours et socialement prédéfinis) (Erny, 1972), où l'on retrouve par exemple les grands-parents qui sont chargés de l'enseignement de la tradition orale (Ocitti, 1973).

Il est ensuite coéducateur avec ses compagnons d'âge selon le modèle de l'intégration horizontale dans la société des semblables (Erny, 1972), notamment par le jeu :

« La fréquentation des pairs élargit l'espace social et expérimental du jeune enfant. Les individualités d'abord se juxtaposent, puis se mêlent les unes aux autres. Les activités ludiques se développent et se diversifient. Elles vont des jeux fonctionnels aux jeux de règles, en passant par les jeux d'adresse, les jeux de force, les jeux symboliques, les mimes et la fabrication de jouets à partir de morceaux de bois, de brindilles, de tiges de mil, d'anciennes boîtes de métal ou en carton. La gamme des jeux comporte des spécificités selon l'âge et le sexe des enfants. Aussitôt les corvées quotidiennes terminées en famille, ils se retrouvent en groupe et par sexe, n'hésitant pas à inventer sans cesse de nouveaux rôles » (Doumbia, 2001).

L'individu est l'éducateur lorsqu'il lance un défi physique ou intellectuel à ses camarades, et est l'éduqué lorsqu'il doit relever ce défi correctement.

Il est enfin l'éducateur de ses cadets, et plus tard de ses propres enfants et ceux des autres membres de la communauté, en les guidant et leur montrant l'exemple à suivre :

« L'aîné, qu'il soit enfant lui-même ou adulte, laisse d'abord le cadet regarder ; puis il l'invite à l'imiter et lui montre comment s'accomplit telle tâche, c'est-à-dire l'exécute devant lui en la décomposant de manière à rendre perceptible sa suite normale et à fixer ainsi l'attention de l'élève ; enfin, il lui donne des explications afin de transformer un

automatisme en mouvement raisonnable. [...] Il évite de donner une réponse avant que la question ne soit née, de communiquer un savoir qui précéderait l'apprentissage. L'enfant veut devenir capable de faire et le devient en le faisant, mais en même temps on lui laisse le temps de découvrir par lui-même ce qu'il ignore encore. En ne lui donnant que peu d'explication, on l'incite à mûrir et à mesurer ses questions. On le pousse d'abord à imiter, à expérimenter, voire à inventer, à acquérir un savoir de type opératoire. L'apprentissage des opérations courantes se réalise à ce niveau sans être davantage conceptualisé et verbalisé. Ce n'est pratiquement qu'à propos des secrets artisanaux ou du savoir ésotérique que l'enfant sera amené à poser des questions précises à qui de droit » (Erny, 1972).

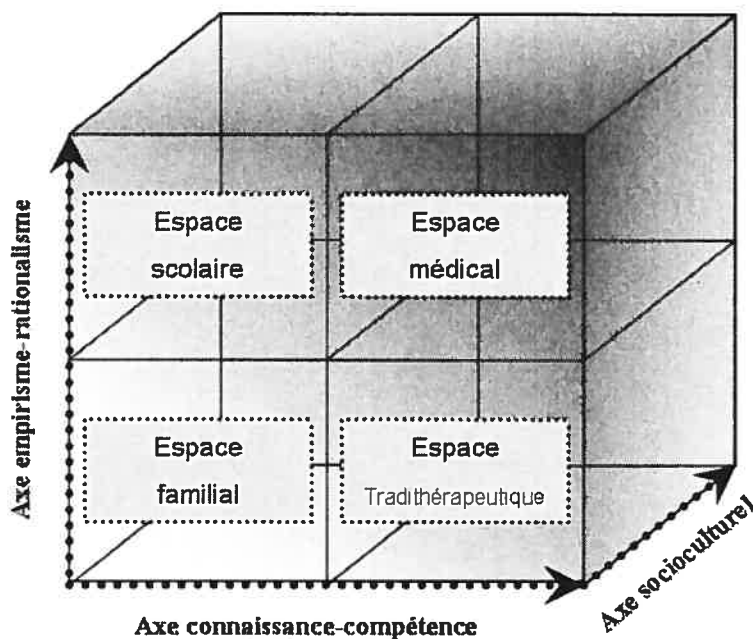
Non seulement l'éducation traditionnelle définit l'individu et sa place dans la société, mais elle mobilise aussi la société dans l'éducation de l'individu. C'est l'approche fortement empirique de cette forme d'éducation qui contribue à la compréhension de l'échec de l'éducation occidentalisée ayant une approche plus rationnelle, notamment en ce qui concerne l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires. Cette implication de l'ensemble des membres de la société dans l'éducation de chacun des individus a aussi pour conséquence de responsabiliser l'individu dans sa propre éducation puisqu'il est amené un jour à éduquer à son tour.

Cette dynamique de l'éducation traditionnelle dans laquelle 1- l'éducation sert à développer le potentiel de l'individu selon un cadre sociétal strict, 2- les agents éducateurs engendrent une intervention diversifiée, mais complémentaire, voire globale, et 3- l'individu est responsabilisé devant l'éducation puisqu'il est, ou sera, l'éduqué, le coéducateur et l'éducateur au cours de son existence, nous permet d'examiner l'effet que peuvent avoir les autres systèmes éducatifs lorsque juxtaposés à ce modèle.

### Un cadre conceptuel socioconstructiviste de l'acquisition de compétence

Ce cadre conceptuel est donc fortement axé sur la dimension relationnelle de l'apprentissage et la prise en compte des contextes dans lesquels se font les divers types d'apprentissage des connaissances et compétences. L'éducation traditionnelle, telle que nous venons de la décrire prend donc ici une place très importante.

**Schéma 1 : Situation des quatre espaces en fonction d'axes divergents**



Le socioconstructivisme souligne la dimension du contact avec les autres (parents, professeurs, médecins...) dans le processus de construction des savoirs. L'apprenant élabore sa compréhension d'une réalité (pathologies, cures, etc.) par la comparaison de ses perceptions avec celles de ses pairs, de sa culture et celles du pédagogue. Cette procédure inclut un processus fondamental d'intériorisation des savoirs et de réorganisation des informations en fonction de ses propres

concepts et de ses propres réseaux de concepts (N. Tardif, 2000). Ce cadre conceptuel devrait donc nous permettre d'évaluer, sur la base de ce système, l'effet que peut avoir sur le savoir de l'individu, la superposition des savoirs fournis à cet individu par les divers espaces éducationnels participant à son éducation sanitaire (voir schéma 1).

Le premier axe concerne la tension dialectique entre empirisme et rationalisme. Dans un cadre socioconstructiviste, cet axe permet de juger du potentiel adéquationnel, ou à l'inverse inadéquationnel, dans le processus d'intériorisation des savoirs nouvellement acquis et de la réorganisation de ces savoirs intégrés au réseau conceptuel préexistant. En d'autres mots, il s'agit de juger si les savoirs nouvellement acquis peuvent être intégrés aisément à ce réseau conceptuel, considérant qu'ils peuvent être culturellement ou idéologiquement divergents dans leurs principes d'acquisition. Fassin (1992) illustre, dans son ouvrage intitulé *Pouvoir et maladie en Afrique*, la difficulté que peut avoir un infirmier ou un médecin à transmettre des connaissances sanitaires à son patient :

« Sa relation au malade, totalement formée sur le modèle enseigné à la faculté de médecine, ne peut prendre en compte que la dimension biologique du trouble somatique. Cette dichotomie dans l'approche du patient résulte de l'existence d'une double grille de lecture : celle de la connaissance académique qui fait entrer le symptôme dans une chaîne physiologique (des diverses plaintes, on ne conserve que la douleur, plus précise et moins équivoque que la faiblesse du corps, et on remonte jusqu'à une explication neurologique ou rhumatologique qu'autorise la réduction préalable de la symptomatologie), et celle de la connaissance empirique acquise dès le plus jeune âge qui relie immédiatement le trouble à un contexte social (s'il y a mal-être et stérilité, c'est que quelqu'un, esprit ou humain, cherche à faire le mal, volontairement ou non) » (Fassin, 1992).

En fait, les anthropologues, et autres chercheurs en sciences sociales, qui se sont attardés à étudier l'adéquation entre la médecine traditionnelle (et les

comportements associés) et la biomédecine, ne font pas que des constats négatifs ou d'inadéquation totale entre ces deux types de savoir. Doris Bonnet, dans son article intitulé *Anthropologie et santé publique : Une approche du paludisme au Burkina Faso*, donne un bon exemple d'adéquation de ces deux types de savoir et de l'importance de bien connaître la nosographie, l'étiologie et la tradithérapie d'une communauté comme préalable à toutes interventions en santé :

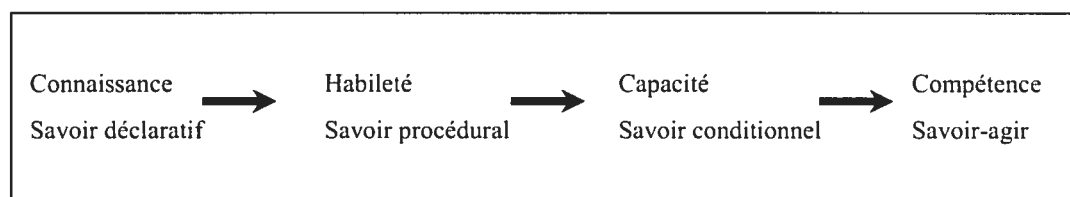
« Les guérisseurs auprès desquels j'ai enquêté dans la vallée du Kou connaissaient pour la plupart d'entre eux, comme dans le cas du bisa, l'existence du paludisme et son vecteur, le moustique. Leurs connaissances sanitaires nouvelles n'annulaient pas non plus leurs représentations culturelles « traditionnelles » de la maladie. On observait même une stratification de la pensée où s'ajoutaient de manière cumulative des savoirs acquis par la tradition, l'enseignement coranique, les émissions radiophoniques, l'éducation sanitaire, etc. Dans le même ordre d'idées, les médecins ont observé la facilité avec laquelle les malades absorbaient les dérivés de quinine et acceptaient en cas de désordre intestinal l'arrêt de la consommation de fruit. Or la dyade amer/sucré est une catégorie mentale et sociale pertinente dans cette société où de nombreux traitements sont à base d'amertume et où l'axe de sucre est jugé nuisible à la santé. Il est commun d'entendre des personnes affirmer que les « mangues donnent le paludisme » (on retrouve là le sabga causé par un excès de sucre). Dans ce dernier cas, l'information nouvelle peut s'incorporer à un schème classificatoire déjà existant (amer/sucré). Les mécanismes de traitement de l'information par les populations peuvent donc expliquer en partie les réussites ou les échecs de certains programmes d'éducation sanitaire » (Bonnet, 1990).

Ces mécanismes de traitement de l'information présupposent qu'une information nouvelle sera beaucoup mieux intégrée si elle peut s'insérer dans le schème classificatoire préexistant. Ainsi, des savoirs acquis de façon empirique, comme ceux qui sont à l'origine de la dyade amer/sucré, pourront être en partie responsables de l'acceptation de nouvelles connaissances basées sur une approche rationnelle ou biomédicale et, plus importante encore, de l'utilisation de la méthode alternative de soin proposée à la population. Aussi, nous verrons que le

moustique a de fait été accepté comme étant une cause de paludisme, non pas parce que les populations comprennent rationnellement le rôle du moustique dans la transmission du *Plasmodium* causant le paludisme, mais plutôt parce qu'ils ont pu constater de façon empirique que le moustique est davantage présent dans leur environnement à la saison des pluies et pendant l'hivernage et que cette période est, dans leur conception étiologique de la maladie, responsable du paludisme qui est généralement traduit par le terme *sumaya* (*suma*=ombre/humidité/fraîcheur et *ya*=l'état de maladie).

Le deuxième axe de notre cadre conceptuel est l'axe connaissance-compétence. Cet axe est présenté sous la forme d'un gradient (voir schéma 2) où le savoir le plus simple est du type connaissance qui est un savoir dit déclaratif. Le savoir du type habileté (savoir procédural), qui est suivi par le savoir du type capacité (savoir conditionnel) sont des savoirs plus complexes qui nécessitent des savoirs du type connaissance, et sont inclus dans le savoir du type compétence. Sur cet axe le savoir le plus complet est donc le savoir du type compétence qui est le savoir-agir qui rend possible la prise de décision dans différents contextes. Cet axe permettra entre autres de juger de l'apport de chacun des espaces éducationnels en termes de types de savoirs inculqués à l'individu.

**Schéma 2 : Gradient des savoirs en fonction de leur complexité**



Le troisième axe qui est pris en compte concerne les caractéristiques sociales et culturelles (axe socioculturel) pouvant expliquer les variations rencontrées en



cours de recherche concernant la transmission et l'acquisition de savoirs chez les individus. En effet, le but de cette recherche n'est pas de dresser le portrait de la population, puisque nous la jugeons polymorphe, mais plutôt de comprendre de façon clinique ou par étude de cas les variations chez les différents acteurs dans l'apprentissage général, préventif ou thérapeutique ou dans la mise en application des compétences acquises. Cet axe constitue en quelque sorte une troisième dimension à notre modèle puisqu'il agit dans chacun des quatre espaces. Cet axe regroupe un ensemble d'oppositions telles que le facteur de genre (axe femme-homme), le facteur économique (axe pauvre-riche), le facteur lié au lieu de résidence (axe rural-urbain) et le facteur scolaire (axe non scolarisé-scolarisé), etc.

La Commission du VIH/sida et de la Gouvernance en Afrique a noté l'importance de ces facteurs, en particulier les facteurs économique et de genre considérés comme sous-jacents à l'épidémie du VIH dans son rapport :

« La subordination des femmes et des filles africaines agit sur leur vulnérabilité à l'infection à travers de nombreux canaux. Les femmes dépendent économiquement des hommes dans leurs familles, qu'il s'agisse du père ou du mari, et sont par conséquent, dépendantes de la bonne volonté de l'homme pour leur prise en charge et leur nourriture. Juridiquement les femmes ont moins d'accès à des biens de production tels que la terre ou le crédit. De façon générale les droits des femmes ne sont pas respectés. Les femmes jouissent d'une protection minimale contre l'abus et l'exploitation. Les filles ont moins d'instruction, ce qui contribue à leur statut social inférieur et à une capacité réduite de capitaliser sur les informations disponibles » (Commission du VIH/sida et de la gouvernance en Afrique, 2004).

Dans un tel contexte social, on peut comprendre pourquoi l'acquisition de compétences sanitaires est plus difficile pour les femmes que pour les hommes. Dans le même ordre d'idées, l'impact des déterminants sociaux et culturels sur la santé a été soulevé par les participants lors du Sommet extraordinaire de l'Union

Africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (STP) qui a eu lieu à Abuja en mai 2006 :

« Le manque d'autonomie personnelle et d'autonomisation réduit la capacité des personnes d'éviter la maladie et d'accéder aux traitements efficaces. En Afrique, les femmes jouissent de moins d'autonomie personnelle, et bénéficient de revenus inférieurs à ceux des hommes. L'absence d'autonomie de la femme a un impact sur la propagation du VIH/SIDA. En Afrique subsaharienne, 57 % des adultes vivant avec le VIH sont des femmes âgées entre 15 et 49 ans, et les jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans sont trois fois plus susceptibles d'être infectées que les hommes du même âge. Les obstacles à la prévention du VIH chez ces jeunes femmes découlent du manque de connaissances sur la transmission du VIH, ainsi que de l'incapacité de changer de comportement en vue d'éviter l'infection. Des données de 35 pays d'Afrique subsaharienne montrent que les jeunes hommes étaient 20 fois plus susceptibles d'avoir une connaissance correcte sur le VIH que les jeunes femmes » (Union Africaine, 2006).

À cet effet, le présent ouvrage tient compte de l'identité et du milieu social et physique dont est issu l'individu, car nous savons que le jeune homme issu, par exemple, d'une famille aisée pourvue d'un téléviseur, d'un ordinateur et de la capacité financière d'envoyer ce même jeune homme poursuivre des études universitaires, a un accès d'autant plus important à des savoirs plus poussés ou plus fonctionnels que la jeune fille issue d'une famille de paysans vivant dans une maison de banco (mélange de terre argileuse de paille et de pierre) dépourvue d'électricité.

Ainsi se présentent les concepts-clés avec lesquels nous comptons travailler pour cette recherche. Ils nous permettront, entre autres, de comprendre l'importance des compétences sanitaires qui sont préférées aux simples connaissances sanitaires dans l'objectif de l'amélioration de la santé de la population. Ils nous permettront aussi d'apprécier les différences entre les savoirs traditionnels ou biomédicaux afin de prédire l'apport des différentes tentatives d'éducation

sanitaire offertes à la population par les quatre espaces étudiés. Ces différents types de savoirs seront évalués, non pas comme autant d'éléments figés dans le temps, mais plutôt selon la dynamique de leur acquisition en fonction de divers paramètres sociaux et culturels.

## **CHAPITRE 3**

### **DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Le choix de notre démarche méthodologique a été conditionné par la décision de travailler dans quatre espaces distincts (médical, scolaire, tradithérapeutique et familial) qui nous ont amené(e)s à varier nos méthodes de collecte et d'analyse de données en fonction de ces espaces. Dans certains de ces espaces, nous avons utilisé des techniques d'observation participante et dans d'autres, des techniques d'observation non participante. Tantôt nous avons réalisé de longs entretiens semi-dirigés, tantôt nous avons fait passer des questionnaires à plus de deux cents personnes. Parfois nous avons même jugé bon de former une équipe masculine pour le recueil d'information et l'observation participante chez les chefs de famille et de réserver les éléments féminins, en l'occurrence l'une de nos traductrices et moi, pour recevoir les confidences des mères pour une approche méthodologique par genre. Bref, nous avons puisé dans l'anthropologie et la

sociologie toutes les techniques qui allaient nous permettre de comprendre le phénomène complexe de l'acquisition de compétence en santé par la population.

### **Description du lieu de la recherche**

Le travail de terrain s'est déroulé dans les limites du district sanitaire de Nouna dans la zone de recherche du Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN) dans la province de la Kossi, au Burkina Faso (annexe 1). Le CRSN est une institution de recherche du Ministère de la Santé. La région de Nouna est située au nord-ouest du Burkina Faso, à une distance de 300 km au nord-ouest de la capitale Ouagadougou. Le district possède un hôpital de district, un centre médical semi-urbain et 25 centres de santé périphériques. Le profil épidémiologique de la région est dominé par les endémo-épidémies saisonnières. Le paludisme constitue la première cause de mortalité et de morbidité dans le district.

La ville de Nouna est liée au reste du pays par le téléphone et les transports publics, et est pourvue d'un accès au réseau Internet. Un service d'électricité est fourni aux abonnés 19 heures par jour. Le transport maritime et fluvial n'existe pas, le Burkina Faso étant un pays enclavé sans fleuves à débit suffisant. Tout le district est difficile d'accès durant la saison des pluies en raison des routes non pavées et rendues impraticables à cette période.

Les puits constituent la principale source d'eau, mais, dans la ville de Nouna, des systèmes d'aqueduc fournissent un approvisionnement en eau potable pour moins de la moitié de sa population. Des fontaines distribuées çà et là dans la ville permettent aux citoyens, lorsque leur maison n'est pas déjà reliée au réseau, de s'approvisionner en eau potable à raison de quelques francs CFA le litre.

La zone de recherche du CRSN, un institut auquel nous avons été associés, est constituée de milieux semi-urbains et ruraux. Ainsi, la plupart des infrastructures comme l'hôpital et ses laboratoires, le téléphone et l'Internet, le système d'aqueduc ou l'électricité sont réservées à la section urbaine de Nouna, et contrastent avec le mode de vie plus modeste et difficile des habitants ruraux.

Nos séjours prolongés dans les villages suscitaient toujours la surprise. D'abord chez les gens de la ville qui ont perdu l'habitude de la vie de village et qui peinaient à comprendre comment deux blancs (deux *toubabou*) allaient réussir à survivre dans un milieu où eux-mêmes s'étaient jurés de ne remettre les pieds que dans de rares exceptions. Et ensuite chez les villageois qui, bien qu'ayant été avertis de notre arrivée, cherchaient toujours, dans un grand étonnement, à comprendre ce que deux blancs cherchaient dans leur village et ce qui méritait la torture d'aller jusqu'à eux et passer ainsi quelques jours à boire de l'eau de puits et à dormir sur des nattes posées à même le sol.

En effet, le contraste entre la région semi-urbaine de Nouna et les villages autour est très important. Notre recherche se proposait donc d'étudier de manière comparative deux environnements, l'un semi-urbain, l'autre rural et situé en périphérie de ce premier, dans la région de Nouna au Burkina Faso. L'idée derrière la comparaison est de mettre en relief les forces et faiblesses sanitaires de chacun de ces milieux et l'interaction entre les individus et leur environnement. Nous savons par exemple que la population de vecteurs du paludisme peut être plus importante en milieu rural et les interactions avec les individus plus nombreuses à cause de l'agriculture travaillée en saison des pluies.

Le nord-ouest du Burkina Faso est un milieu de savane sèche avec un climat subsahélien à deux saisons : une saison sèche de novembre à juin et une saison pluvieuse de juillet à octobre. La pluviométrie annuelle tourne autour de 796 mm, avec de fortes variations interannuelles (écarts 483-1083 mm). La saison des

pluies est certainement la plus difficile du point de vue épidémique, dû à la prolifération d'anophèles vecteurs du paludisme. Encore une fois, ce sont les villageois qui, vivant tout près de leurs terres et de briqueteries rudimentaires alors fortement irrigués, y sont les plus exposés.

Au niveau écosystémique, cette période de l'année est très éprouvante. Dans un premier temps, les villageois, qui dépendent fortement d'une agriculture de subsistance, sont confrontés aux vecteurs du paludisme à une époque qui coïncide avec la fin de leurs réserves alimentaires et où les paysans doivent souvent déboursier de fortes sommes pour combler leur besoin de nourriture.

De plus, le travail aux champs qui commence dès les premières pluies et qui demande la collaboration de tous les membres de la famille aptes au travail agricole, est souvent exacerbé par l'infection au paludisme d'un ou de plusieurs de leurs membres ayant pour résultat une force de travail amoindrie. Comme les épargnes familiales servent souvent à des fins alimentaires, les frais médicaux, sans compter le transport des villages aux centres de santé, ne sont souvent pas envisageables pour plusieurs d'entre eux.

Cinq principales ethnies peuplent cette zone : il s'agit, par ordre d'importance numérique, des Markas, des Bwabas, des Samos, des Mossis et des Peulhs. Nous avons choisi de travailler, dans une approche de type régional, avec l'ensemble des ethnies ou plus particulièrement, dans certains espaces, avec deux principales ethnies, les Markas et les Bwabas, en les considérant comme provenant d'un même grand groupe ethnique, les nombreux mariages depuis des générations entre ces deux groupes, les relations à plaisanterie (cousinage) et les coutumes communes en faisant foi. La langue officielle est le français, et le dioula est la principale langue de communication ; cette dernière est parlée par toutes les ethnies, ce qui facilite la communication intergroupe. Les entretiens avec les familles et certains guérisseurs ont été réalisés en dafing (dialecte marka), en

bwamu (dialecte bwaba) ou en dioula (langage véhiculaire) via des traducteurs provenant de la région et parlant couramment l'un de ces dialectes et maîtrisant le français.

### **Techniques d'enquêtes utilisées**

Tel que nous l'annoncions en introduction de ce chapitre, nous avons utilisé des techniques d'observation participante et des techniques d'observation non participante. En plus de l'observation, nous avons réalisé de longs entretiens semi-dirigés et avons fait passer des questionnaires à plus de deux cents individus.

Comme nous le rappelle Benoist (1994), il n'y a pas d'anthropologie médicale en dehors d'une bonne ethnologie (Benoist dans Cros, 1994), la recherche devant ainsi reposer largement sur l'observation. L'observation participante et non participante a donc pris une place considérable dans notre travail de terrain. Nous avons tissé des liens très étroits avec une partie de notre population d'étude en participant à leurs activités et en développant une relation de confiance permettant les échanges et entretiens ethnographiques. Il faut avouer cependant qu'il n'a pas toujours été facile de se faire accepter par les différents membres de la communauté.

D'abord, être blanc en Afrique noire est plutôt difficile à faire oublier. Les règles de l'observation participante et non participante impliquent souvent que l'anthropologue saura se faire tout petit, et se faire oublier pour espérer être témoin d'événements tels qu'ils se seraient produits en son absence. Or, lorsque que l'on arrive dans un village et qu'une bonne trentaine d'enfants s'attroupe autour de vous, observant vos moindres gestes au point d'en oublier de rentrer à la maison à l'heure des repas, ce que l'on peut observer à ce moment n'a rien d'habituel. Pour reprendre les mots de Balandier (1957), « c'est par un



retournement ironique de la situation que l'on devient un objet exotique devant des dizaines d'ethnographes amateurs » que constitue la communauté. Ce n'est qu'au prix de nombreuses visites et de nombreuses heures passées auprès des mêmes villageois ou habitants de quartier que l'on peut y arriver. Alors seulement on se rend compte que l'intérêt festif qu'ils vous portaient au départ s'est enfin estompé, qu'on peut, du moins pour un moment, poser notre regard sur ce qui peut être assimilé à la normalité.

Si l'observation d'évènements pertinents pour notre étude a pu finalement survenir par la force du temps avec beaucoup de patience, la qualité des entretiens a, pour sa part, exigé beaucoup plus d'astuce et une bonne dose d'humilité.

Comme le précise Fassin (1992), le chercheur travaillant en Afrique est rarement en contact direct avec ses interlocuteurs ; il a le plus souvent recours à un interprète, terme qu'il faut considérer dans son sens le plus plein puisqu'il s'agit de traduire plus qu'une langue : une culture (Fassin, 1992). Malgré nos cours de dioula, réalisés avant notre départ sur le terrain avec l'aide d'un Burkinabè étudiant à Montréal, M. Ahmed Koné, nous n'avons pas mis beaucoup de temps à réaliser nos limites linguistiques. Tout au plus pouvions-nous, mon conjoint et moi-même, répondre aux salutations d'usage, ce qui a toutefois grandement facilité notre acceptation par la communauté qui percevait, dans notre effort de communiquer dans leur langue, un profond respect pour ses membres et sa culture.

Le recours à des traducteurs, ou informateurs, n'a donc pas été sans modifier considérablement les résultats de notre recherche. Nous ne saurons sans doute jamais à quel point ce recours à des informateurs était plutôt une bonne chose ou une mauvaise chose. Cependant, lors de notre arrivée dans les villages ou dans les différents quartiers de Nouna, leur présence à nos côtés et la façon selon laquelle

ils nous introduisaient dans la communauté semblait avoir un effet positif sur nos hôtes.

Il faut dire que, parmi nos principaux informateurs, nous avons M. Lassina Diarra et Mme Fanta Diarra, deux griots provenant d'une lignée de griots reconnue et très appréciée par la population de notre zone d'étude. Les griots sont les dépositaires de la tradition orale en Afrique de l'Ouest. Ils sont réputés et appréciés pour leurs talents de communicateur. Leur présence à nos côtés lors de notre arrivée dans chacun des villages rassurait spontanément les chefs de village sur la raison de notre présence et nos intentions, ce qui a grandement facilité les échanges et entretiens. Il a bien sûr fallu faire comprendre à nos traducteurs, et leur répéter à maintes reprises, toute l'importance de traduire chacun des mots employés par nos enquêtés et nous sommes bien conscient que cette règle n'a pas toujours été respectée. Ainsi, dans l'analyse des phénomènes que nous avons étudiés, une bonne part leur revient en fonction de ce qu'ils ont bien voulu, par la traduction, nous restituer de l'information reçue de l'enquêté en langue locale.

Pour les tâches plus spécialisées, nous nous sommes tournés vers le Service des ressources humaines du Centre de recherche. Pour la collecte de données par questionnaire et pour les prétests de ces mêmes questionnaires, nous avons donc demandé à rencontrer des enquêteurs d'expérience, mais provenant de la région, et qui avaient été formés par le Centre de recherche pour la collecte de données par questionnaire. Comme nous n'étions pas présents lors de la passation de ce questionnaire, la variable que pouvait constituer notre présence en tant que « chercheur blanc » était écartée, réduisant du même coup ce que Rezkallah et Epelboin (1994) appellent les « discours placebo », c'est-à-dire les discours stéréotypés qui reproduisent ce que l'enquêté suppose que l'enquêteur pense à propos de tel ou tel sujet (Rezkallah et Epelboin, 1994).

Un fait est à souligner : avec la multitude de dialectes présents partout dans notre zone d'étude, nous avons régulièrement été témoin de d'actes de traduction spontanée au marché, au dispensaire et un peu partout entre les villageois, comme si traduire était un acte tout à fait habituel pour eux. La plupart des individus et tout particulièrement les hommes de notre zone d'étude, connaissent deux ou trois langues, soit; leur dialecte villageois comme le bwamu ou le dafing, le dioula qui est la langue véhiculaire et de commerce, qui est utilisé dans de nombreux pays d'Afrique de l'ouest et le français qui est de plus en plus populaire, principalement chez les individus qui sont passés par le système scolaire.

Comme l'analyse ethnolinguistique est très peu présente dans cette thèse, le niveau de traduction que nous avons obtenu tout au long de notre terrain nous semble largement suffisant pour notre compréhension de l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires.

Les entretiens avec les tradipraticiens ont sans doute été ceux qui ont exigé le plus de patience et un effort de rapprochement plus calculé. D'abord, la position du tradipraticien dans sa communauté est ni plus ni moins celle du détenteur de savoirs médicaux, avec tout le pouvoir que cela implique. « On ne peut pas faire l'économie de cette inscription des savoirs, de leur production, de leur transmission, de leur transformation », disait Bonniel en ajoutant : « on ne peut pas non plus faire l'économie de ces stratégies d'exclusion-inclusion, et notamment par rapport au statut social des individus porteurs, receveurs de ces savoirs » (Bonniel 1984). Lors de nos entretiens avec les tradipraticiens, nous devenions des receveurs de ces savoirs et notre statut social devenait un important facteur dans la qualité des confidences que nous allions recevoir. Dès les premiers entretiens, nous insistions sur le fait que nous n'étions pas des médecins et la présence de mon conjoint lors des entretiens leur donnait la liberté, s'ils le souhaitaient, de s'adresser à un autre homme plutôt qu'à une femme. Par contre, si le fait de savoir qu'ils ne s'adressaient pas à des médecins semblait les rassurer,

que nous n'allions pas les critiquer sur leurs méthodes, le fait d'être une femme n'a semblé déranger qu'un seul des groupes de tradipraticiens et de façon très peu marquée. Dans ce groupe, c'est donc à mon conjoint qu'ils se sont adressés.

Après de nombreuses rencontres avec les différents groupes, ou tradipraticiens seuls, nous avons constaté qu'ils semblaient tous n'être qu'herboristes et la dimension ésotérique restait voilée. Deux stratégies ont alors été employées afin de tenter d'accéder à ce type de savoir. Dans un premier temps, nous avons profité de chacun de nos petits problèmes de santé (toux, abcès, saignement de nez, maux de dents, maux de gorge, etc.) pour expérimenter leur pratique médicale. Ceci avait plus d'un avantage. D'une part, nous leur démontrions un intérêt et une ouverture pour leur pratique. D'autre part, nous avons pu être témoins du côté ésotérique qui devait accompagner nos traitements. La glace étant ainsi brisée, la qualité des entretiens en a beaucoup bénéficié.

L'autre stratégie employée consistait à nous positionner dans cet univers, en leur révélant à notre tour, comme dans toute bonne règle d'échange maussienne, notre propre tradition herboriste, leur révélant ici et là quelques « recettes de grand'mère ». Cet échange permettait encore une fois de leur démontrer notre ouverture face à la médecine par les plantes, mais nous permettait aussi d'éviter de bêtement recevoir leurs savoirs en procédant ainsi plutôt à l'échange, tel que le feraient deux tradipraticiens entre eux, de ce que Rwangabo (1993) qualifie ni plus ni moins de patrimoine :

« L'art de guérir chez un peuple constitue un de ses patrimoines socioculturels les plus importants ; il est façonné, raffiné et véhiculé par ce peuple à travers son histoire depuis les temps immémoriaux. [...] le système thérapeutique est donc une des valeurs forcément les plus anciennes, mais aussi les plus importantes parmi l'ensemble du patrimoine des peuples » (Rwangabo, 1993).

Tout ce qui touche à cette question devient dès lors un sujet très délicat et qui, nous croyons, mérite d'être traité avec beaucoup de respect et de sens éthique.

Enfin, de façon générale, la présence sur le terrain pendant toute la durée du séjour (18 mois) de mon conjoint, M. Eric Dubé, qui possède aussi une maîtrise en anthropologie, a permis d'avoir recours à une méthodologie particulière, soit une approche par genre lors de l'observation participante et lors des entretiens avec les répondants, comme dans le cas des tradipraticiens ainsi que nous venons de le voir et dans les autres espaces, selon qu'ils aient été de sexe féminin ou masculin. En effet, les femmes étaient beaucoup plus à l'aise lorsqu'elles s'adressaient à moi et les hommes appréciaient de se confier à Eric. Nous croyons qu'il s'agit là, dans un contexte social présentant un clivage très important entre les sexes, d'un point méthodologique fort de notre recherche.

### **Quatre espaces d'étude de la transmission de compétence**

Afin de bien comprendre la compétence sanitaire et ses modes d'acquisition par la population, nous avons pris en compte chacun des espaces dans lesquels s'effectue cette transmission de compétence. Il s'agit de l'espace médical, de l'espace scolaire, de l'espace tradithérapeutique et de l'espace familial. Nous verrons donc la méthodologie employée de façon plus particulière dans chacun de ces espaces.

#### **a-Espace médical**

L'espace médical comprend le système de santé burkinabé, ses structures physiques et administratives de soins, son personnel de santé et ses consultants, son discours, sa pharmacopée et ses actes. Travaillant sur l'éducation sanitaire des

Bamileke du Cameroun, Sillonville nous parle de l'espace médical comme lieu propice à la transmission de compétences sanitaires et l'importance de voir les praticiens s'impliquer dans l'éducation de la communauté :

« Sous les tropiques, beaucoup d'enfants meurent encore de paludisme, dysenterie, rougeole, malnutrition... Le médecin digne de ce nom ne peut se contenter de les soigner. Il veut faire plus, donner des conseils pour atténuer la souffrance des enfants et des parents et éviter le retour de la maladie. Il pratique alors « l'éducation pour la santé », art de convaincre les gens qu'ils peuvent améliorer leur santé en modifiant certaines de leurs habitudes » (Sillonville, 1988).

Des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, etc.) travaillant pour l'hôpital de Nouna et dans différents dispensaires de villages de la zone de recherche du CRSN nous ont aidés à mieux définir le contexte d'éducation sanitaire tel qu'il se présente dans les centres de soins. Afin de pouvoir évaluer les différents transferts de connaissances ou compétences par le soignant au consultant, nous avons effectué de l'observation non participante dans le cabinet du soignant (annexe 2), avec le consentement du médecin responsable de district, des soignants et de chacun des consultants.

Pendant l'observation non participante par un anthropologue, un traducteur a pris soin de noter l'échange entre le soignant et le consultant durant la consultation (annexe 3). À la sortie du cabinet, une deuxième équipe, composée, elle aussi, d'un anthropologue et d'un traducteur, a accueilli les consultants pour discuter avec eux et leur poser quelques questions à propos de la consultation afin de pouvoir évaluer ce qu'ils avaient appris et retenu de cet entretien avec le soignant (annexe 4). Une série d'entretiens semi-dirigés avec les soignants et responsables a eu lieu par la suite. Ces entretiens ont traité entre autres de la transmission de connaissances et de compétences par les agents de santé et le milieu hospitalier aux patients.

## **b-Espace scolaire**

L'espace scolaire est de plus en plus considéré comme un espace important pour l'éducation sanitaire en Afrique. Il comprend le système d'éducation tel qu'il est défini par le Ministère de l'Éducation burkinabé, ses structures physiques et administratives, son personnel enseignant et ses élèves, son discours, sa pédagogie et son contenu. Dans son rapport intitulé Santé et nutrition en milieu scolaire (2000), l'UNESCO fait le lien entre l'apprentissage scolaire et la santé, en expliquant que l'absentéisme scolaire, lié par exemple au paludisme, pourrait être contrecarré par une éducation sanitaire du paludisme en milieu scolaire :

« En mars 1990, les grands acteurs mondiaux se sont réunis à Jomtien, en Thaïlande, à la Conférence mondiale sur l'Éducation pour tous, pour "Répondre aux besoins éducatifs fondamentaux". Délaissant les thèmes traditionnels de la construction d'établissements scolaires, de manuels et d'enseignants, ils ont préféré s'intéresser d'abord au processus d'apprentissage et aux besoins des apprenants. La santé et la nutrition faisaient partie de cette réflexion, dans la mesure où celles-ci contribuent largement à la réussite de l'apprenant et de l'apprentissage. Comme l'indiquent de nombreuses études, éducation et santé vont de pair : la malnutrition, l'helminthiase ou le paludisme ont une influence sur la participation et l'apprentissage scolaires. Toutefois, un grand nombre de ces problèmes peuvent être résolus grâce à la mise en œuvre de politiques et de programmes éducatifs de santé, d'hygiène et de nutrition destinés tant aux élèves qu'au personnel enseignant » (UNESCO, 2000).

Avec l'autorisation des proviseurs de deux écoles secondaires, l'une privée et l'autre publique, nous avons pu recueillir les connaissances et compétences virtuelles principales des élèves relatives au paludisme. Des classes d'écoles secondaires, situées à l'intérieur des limites du district sanitaire de Nouna, ont donc fait l'objet d'un test comparatif de type avant-après. Pour ce faire, nous avons posé cinq questions à court développement avant le cours portant sur le paludisme et avons posé de nouveau ces mêmes questions dans les 15 jours

suivant le cours (annexe 5). Nous avons donc pu apprécier la nature des connaissances et compétences virtuelles de ces étudiants au sujet du paludisme et vérifier l'assimilation de nouvelles informations dispensées par le système scolaire. Avec la participation des enseignants qui ont accepté de nous rencontrer pour un entretien semi-dirigé, nous avons pu comprendre la position prise par les enseignants et le système éducatif par rapport à certaines questions liées directement à l'acquisition de compétences en santé par les jeunes lycéens, comme, par exemple, la question de l'automédication dans le cas du paludisme.

### **c-Espace tradithérapeutique**

L'espace tradithérapeutique comprend l'ensemble des tradipraticiens incluant les guérisseurs, les herboristes, les ritualistes et leurs consultants. Cet espace comprend aussi les lieux de pratique, la pharmacopée traditionnelle, la culture médicale traditionnelle, les nosographies et étiologies traditionnelles, les outils et la pratique. En 2005, à l'occasion de la troisième journée africaine de la médecine traditionnelle, le directeur régional de l'OMS, le Dr Sambo, réaffirmait l'importance des tradipraticiens dans la transmission de compétence sanitaire à la population :

« Un tradipraticien est une personne dont les compétences dans l'administration des soins de santé à base de produits d'origine végétale, animale ou minérale sont reconnues au sein de sa communauté. En adoptant la Stratégie régionale sur la médecine traditionnelle en 2000, les Ministres de la Santé ont confirmé le rôle potentiel de la médecine traditionnelle dans les systèmes et services de santé en ce qui concerne la promotion, le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies.

Dans le cadre de la prévention de l'infection à VIH, les tradipraticiens apporteront leur contribution aux efforts soutenus qui seront déployés pour replacer la prévention au centre de toutes les interventions et stratégies de lutte. Les tradipraticiens qui sont déjà bien intégrés au



sein des communautés aideront également à améliorer la participation communautaire aux efforts de prévention » (Sambo, 2005).

Nous avons donc convenu d'inclure l'espace tradithérapeutique afin d'évaluer, entre autres choses, l'impact de la pratique des tradipraticiens auprès des patients venus les consulter lors d'un épisode de maladie. Une enquête auprès d'un échantillon de treize (13) tradipraticiens a été effectuée afin de documenter les pratiques traditionnelles curatives et préventives, la transmission du statut de guérisseur et des importantes compétences en santé que ce statut sous-tend pour les consultants et leur rôle éducatif en santé auprès de leurs patients. Nous avons eu avec eux des entretiens semi-dirigés et des séances d'observation participante et non participante.

#### **d- Espace familial**

L'espace familial inclut les membres d'une même famille, d'une même concession, mais aussi d'un même réseau social au sein d'un village ou d'une communauté. L'espace familial comprend les rapports, les liens et les échanges entre individus ou groupe d'individus. Il comprend aussi les idéologies, les savoirs et la culture qui y sont véhiculés. Lors de ses recherches sur la médecine des Angbandi au Zaïre, Gilles Bibeau a fait le constat de l'existence de connaissances et compétences sanitaires se transmettant au sein de la structure familiale :

« Je me suis rapidement rendu compte sur le terrain que chaque famille ngbandi possède une pharmacopée pour plusieurs maladies bénignes qui sont soignées à la maison sans l'intervention de personnes étrangères spécialisées. Dans les cas simples de constipation, les Angbandi administrent tous une purge à base de feuilles et de graines du piment ngbóngboli, dans les cas de diarrhée, presque tous préparent une potion à boire et un lavement. Pour de nombreuses maladies

beaucoup plus complexes comme nzélélé et d'autres, j'ai vu des non-spécialistes effectuer eux-mêmes le traitement. La médecine traditionnelle m'est donc d'abord apparue comme un savoir populaire familial intervenant principalement pour les maladies facilement diagnosticables et à symptomatologie claire » (Bibeau, 1979).

Afin de vérifier l'existence de telles connaissances ou compétences au sein des familles de notre zone d'étude, une enquête d'anthropologie médicale a été réalisée auprès d'une quinzaine de familles avec enfants. Des unités familiales avec enfants du district sanitaire de Nouna ont été sélectionnées en fonction de leur lieu de résidence (ville de Nouna ou village). Dans ces familles, il y a eu de l'observation participante, non participante et des entretiens.

Simultanément, des données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire auprès d'une centaine de mères dans la ville de Nouna et une autre centaine dans différents villages de la zone de recherche du CRSN. Le questionnaire concernait les aspects sociodémographiques, l'environnement physique des participants, leurs CAP (connaissances, attitudes et pratiques des mères) ainsi que leurs compétences relativement à la prévention et aux soins du paludisme chez leurs enfants (annexe 6).

### **L'analyse de l'acquisition de compétences sanitaires**

Notre analyse avait pour objectif de décrire les différentes composantes du système de transfert de la compétence sanitaire reliées au paludisme dans notre communauté d'étude. L'articulation de l'anthropologie médicale et de l'ethnologie de l'éducation nous a permis une analyse plus complète de la question de l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires. Selon la définition proposée par Fainzang, la base de notre questionnement relève de l'anthropologie médicale :

« L'anthropologie médicale repose sur le postulat que la Maladie (fait universel) est gérée et traitée suivant des modalités différentes selon les sociétés et que ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminées, en fonction de la culture dans laquelle elle émerge » (Fainzang, 2000).

Cependant, puisque ces modalités sont liées à des systèmes de croyances et de représentations déterminées en fonction de la culture dans laquelle elle émerge, elles s'inscrivent dans un héritage culturel qui se transmet et se transforme de génération en génération par l'éducation coutumière et par l'éducation occidentalisée. Erny (1982) qui a enrichi le domaine de l'ethnologie de l'éducation exprime bien l'importance de reconnaître le rôle de l'éducation coutumière dans la construction des savoirs :

« Pour comprendre ce qui se passe dans l'esprit et le cœur du jeune Africain d'aujourd'hui il faut donc de toute évidence tenir compte de l'ensemble des influences qu'il a subies et ne pas se refuser arbitrairement à prendre en considération celles qui relèvent de l'univers coutumier. La culture traditionnelle s'exprime en une éducation qui façonne très précocement l'existence de ceux qu'elle imprègne, de sorte que les apports modernes, tels que l'école, représentent, non pas des semences jetées dans un champ en friche, mais des branches greffées sur un arbre encore plein de vigueur. L'éducation coutumière fait partie des données de base, de ce qui est. C'est grâce à elle que le passé continue à être relié au présent et au futur. Elle constitue le point de départ, et avant de songer à la transformer, il faut d'abord la reconnaître » (Erny, 1982).

Construite sur des résultats d'enquêtes ethnographiques réalisées dans quatre espaces, notre analyse était d'abord centrée sur les données portant sur l'interaction de la mère avec son entourage ainsi que sur les représentations que se font les autres des compétences sanitaires de la mère ou du potentiel que ces dernières peuvent posséder préalablement à l'acquisition de ces mêmes

compétences. Hours (1986), dans son étude réalisée au Cameroun, s'est attardé à analyser l'interaction d'un individu avec son entourage en contexte de maladie :

« En observant au quotidien les rapports réels et en analysant les rapports imaginaires entre les différents acteurs présents dans les formations sanitaires se dégagent des figures thérapeutiques dans quatre conjonctures particulières dont on essayera d'exprimer la diversité apparente aussi bien que l'intégration à un champ social commun.

Dans ces discours, on analyse des représentations croisées et non des interrelations à caractère psychosocial ou encore du « vécu » selon un vocable ambigu qui est fréquemment l'objet d'un usage abusif et galvaudé. Pour se rapprocher des malades, peut-on faire l'économie de connaître selon quelles logiques ils agissent, choisissent et subissent, face au malheur biologique et social qui les atteint ? » (Hours, 1986).

D'abord dans son cadre familial, mais aussi à l'extérieur de celui-ci, la mère a un potentiel plus limité d'acquisition de compétences parce qu'elle est une femme, une épouse, une mère et une grand-mère et que ses interactions avec son entourage en sont marquées.

Ainsi, la femme a un accès plus limité à l'éducation occidentale, donc aux enseignements biomédicaux qui y sont véhiculés. Aussi l'épouse, parfois encore adolescente, doit quitter son village selon la règle de virilocalité encore en usage dans plusieurs villages et être ainsi exclue de tout groupe d'apprentis guérisseurs de son village natal. Enfin, la mère a des tâches prédéfinies au foyer et ses compétences sanitaires et préventives ne se résument bien souvent qu'à de petits gestes posés quotidiennement, comme réchauffer l'eau pour la toilette de son mari et bien couvrir les enfants pour les protéger contre le froid. Ce n'est qu'une fois ses petits enfants venus au monde que la grand-mère atteint finalement à la fois un meilleur statut social et une expérience sanitaire suffisamment importante pour passer quelques-uns de ses nouveaux temps libres à soigner ses petits-enfants, sa parenté et ses voisins.

Notre analyse tient compte des déterminants culturels de la place de la femme dans sa communauté, ainsi que des différents facteurs qui sont susceptibles de favoriser ou de limiter à la fois son acquisition de compétences sanitaires (compétences virtuelles) et sa mise en pratique (compétences effectives) dans des situations concrètes de morbidité liée au paludisme.

Nous analysons donc des données de divers types. D'abord, nous avons recueilli des données provenant de situations concrètes où la compétence sanitaire effective de la mère peut être observée. Ce sont principalement les espaces médical et familial qui nous ont permis de recueillir ces données par des séances d'observation clinique et d'observation en milieu familial. Les situations observées nous permettent donc d'exposer des séquences typiques de prises en charge préventives et curatives du paludisme par étude de cas.

Nous avons aussi recueilli des données concernant le transfert de connaissances et compétences médicales, notamment dans les espaces médical, tradithérapeutique et scolaire. Les analyses de ce type de données nous permettent de décrire la nature des connaissances et compétences impliquées ainsi que d'analyser les processus de transfert interindividuel et les restrictions sociales et politiques qui y sont rattachées.

Dans les espaces tradithérapeutique et familial, nous avons recueilli des données qualitatives et quantitatives au sujet des connaissances et compétences préventives et curatives du paludisme et du *sumaya*. Finalement, l'analyse des conceptions médicales traditionnelles nous a permis, par une approche émique, c'est-à-dire, en respectant les principes et les valeurs propres à la culture étudiée, de replacer le paludisme dans la catégorie culturellement prédéterminée du *sumaya*.

Nous avons procédé à diverses analyses descriptives des données recueillies afin, dans un premier temps, « d'examiner les informations, identifier les liens et les tendances, ordonner les faits, et les présenter tels quels » (Almedom, 1998). Les données des espaces scolaire et familial issus des questionnaires ont donc été numérisées puis traitées afin de pouvoir être analysées quantitativement à l'aide du logiciel SPSS. Nous avons effectué des calculs de fréquences des réponses données par les répondants en fonction des facteurs sociodémographiques significativement corrélés. Pour ce qui est des entretiens des espaces médical, tradithérapeutique et familial, ces derniers ont été numérisés et codifiés afin d'être reclassés par thèmes selon la méthode du « Log Book » (Dawson et Manderson, 1993).

L'organisation des données a été réalisée à l'intérieur de chacun des espaces en fonction des axes choisis dans la logique d'une analyse factorielle, c'est-à-dire sous la forme de diverses oppositions en fonction de ces mêmes axes. Comme chacun des espaces a bénéficié d'une collecte de données particulière et adaptée à son contexte, des analyses spécifiques qui diffèrent d'un espace à l'autre ont été réalisés. Finalement, l'exposé de cas concrets a permis d'illustrer les résultats des diverses analyses quantitatives et qualitatives réalisées.

### **Aspect éthique de la recherche**

Ce projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation liée à l'éthique de la recherche avec des sujets humains. Un certificat d'éthique a été émis par le comité d'éthique de l'Université de Montréal conformément aux règles générales de déontologie de l'Énoncé de politique des trois Conseils, soit le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Conseil de recherches en sciences

naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches médicales du Canada (voir annexe 8). Ces règles sont énoncées dans le document : *Éthique de la recherche avec des êtres humains, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, août 1998* (IRSC, 1998).

## **CHAPITRE 4**

### **ESPACE MÉDICAL**

Le district sanitaire de Nouna, qui correspond à l'étendue de la province de la Kossi, desservait une population approximative de 280,000 habitants en 2005, dont un cinquième qui était âgé de moins de 5 ans (Ministère de la Santé BF, 2006), donc à un âge de très haut risque de morbidité liée au paludisme.

La zone sanitaire comprend un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) basé à Nouna et 25 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) distribués dans la zone sanitaire de Nouna (Ministère de la Santé BF, 2006). Ces derniers correspondent aux services de première ligne offerts aux populations (annexe 7).

On estime qu'il y a, en moyenne, 16 000 habitants desservis par chacun des CSPS au Burkina Faso. Généralement, un CSPS couvre une zone dans un rayon d'une dizaine de km, mais certaines concessions sont situées au-delà de 10 km. Cette



distance est actuellement un facteur limitant l'utilisation des soins de santé par certains individus (Ministère de la Santé BF, 2006).

Au niveau des CSPS, le personnel soignant est composé d'un infirmier-chef, d'infirmiers adjoints et de sages-femmes. Dans les CSPS, il n'y a pas de médecin sur place. Les infirmiers assurent donc un rôle très important nécessitant de bonnes compétences médicales. Ils sont responsables de poser les diagnostics, de traiter les blessures et de prescrire les tests et médicaments. Nous verrons dans les différents cas que nous avons choisi d'exposer, que leur rôle de soignant nécessite aussi de bonnes compétences de nature pédagogique lorsque vient le temps d'exposer au patient l'importance de venir plus rapidement au CSPS, d'éviter l'automédication ou encore quand ils expliquent aux patients la posologie de façon à favoriser l'observance du traitement.

Dans certains villages, on peut retrouver un Agent de Santé Villageois (ASV). Les ASV sont des volontaires qui appuient les services de santé, distribuent certains médicaments comme la chloroquine, diffusent les informations requises et mobilisent les mères par exemple, avant le passage des équipes de vaccination (Nations Unies, 2001). Un peu plus loin, nous verrons cependant que leurs compétences peuvent parfois laisser à désirer, mettant en doute l'efficacité de cet élément complémentaire dans le système médical.

Selon le Dr Maurice Yé, médecin-chef du district sanitaire de Nouna, les patients utiliseraient dans 90 % des cas les services de santé du CSPS en deuxième quête de soin, après les guérisseurs (Hamado, 2003). Selon nos observations et celles de Mugisha et al. (2004), il s'agirait plutôt de la deuxième ou troisième quête, tantôt après l'automédication traditionnelle par les populations, tantôt après les guérisseurs. Dans le premier cas, l'automédication échoue et l'aggravation de la maladie conduit le malade au dispensaire, et, dans le deuxième cas, l'automédication échoue et un guérisseur est consulté, et en cas d'échec de ce

dernier, le malade se rend finalement au CSPS, voire directement à l'hôpital selon la gravité de son état.

### **Incidence du paludisme dans le district**

Dans la zone du district sanitaire, le paludisme est dit holoendémique, c'est-à-dire qu'il est présent toute l'année, mais avec de fortes variations saisonnières (Müller, Traore, Kouyate, 2003 ; Müller, Razum, Traore, Kouyate, 2004). Pendant la saison des pluies, les nombreux points d'eau formés deviennent autant de gîtes larvaires. La période de forte transmission du paludisme commence après le début de la saison des pluies (fin juin) et se termine vers le mois de novembre (Yé et al., 2006).

Une étude réalisée en 2003 dans la ville de Nouna et dans les villages de Cissé et Goni a démontré une prévalence de l'infection au *Plasmodium* deux fois supérieure dans les villages, que dans la ville de Nouna (Yé et al., 2006).

Au CSPS de Dembo, on note un nombre de consultations pour le paludisme relativement moyen de 500 à 600 cas par année pour une population de 10550 habitants et on estime à un minimum de deux par année le nombre d'épisodes palustres par individu.

À Bourasso, en plus des gîtes larvaires formés par une stratification favorisant la rétention d'eau en saison de pluies, on retrouve le Vouhoun, un important cours d'eau irrigué pendant la majeure partie de l'année à 2,1 km (Traoré, 2003) du village. Ces conditions seraient, selon l'avis du personnel soignant du CSPS de Bourasso, propices à la prolifération des moustiques anophèles, vecteur du paludisme et, conséquemment, à une incidence plus importante du paludisme.

Au CSPS de Bagala, on noterait aussi une plus forte incidence des cas du paludisme vus en clinique (plus de 600 cas par années), selon le personnel soignant sur place. Les caractéristiques environnementales de la région favoriseraient la prolifération des anophèles. On retrouve en effet des points d'eau de mai à octobre et plusieurs cultures de maïs, ces dernières nécessitant des techniques agricoles favorisant la rétention d'eau à la base des plants. Nous reviendrons sur ces facteurs environnementaux dans le chapitre portant sur l'espace familial.

Au CSPS de Nouna, l'écosystème urbain est moins favorable au développement d'anophèles. Cependant, la densité de population fait en sorte qu'un nombre à peu près équivalent de cas de paludisme sont vus en clinique pour les mêmes périodes.

### **Pourquoi travailler avec les médecins et infirmiers**

Des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, etc.) travaillant à l'hôpital de Nouna et dans différents dispensaires de villages de la zone de recherche du CRSN nous ont aidés à mieux connaître le contexte d'éducation sanitaire tel qu'il se présente dans les centres de soins ainsi qu'à mieux comprendre les facteurs économiques et socioculturels susceptibles, à leur avis, de miner les efforts d'éducation sanitaire.

Afin de pouvoir évaluer les différents transferts de connaissances ou compétences par le soignant au consultant, nous avons effectué des observations non-participantes dans le cabinet du soignant. Pendant l'observation non-participante, un traducteur prenait soin de noter l'échange entre le soignant et le consultant pendant la consultation. À la sortie du cabinet, une deuxième équipe a accueilli les consultants pour discuter avec eux et leur poser quelques questions à propos de la consultation afin de pouvoir évaluer ce qu'ils avaient appris et retenu de cet

entretien avec le soignant. De plus, une série d'entrevues semi-dirigées avec les soignants, au sujet de la transmission de connaissances et de compétences par les agents de santé aux patients nous a permis de bien saisir les problèmes fréquemment rencontrés lors de leur pratique.

Nous avons travaillé dans quatre CSPS : Bourasso, Bagala, Dembo et Nouna, ainsi qu'avec le CMA de Nouna. Cependant, des problèmes de traduction au CMA de Nouna ainsi que le faible nombre de cas de paludisme non compliqué (ces cas sont traités dans les CSPS) nous ont contraints à retirer ce dernier de notre recherche.

Nous avons rencontré les infirmiers-chefs des différents CSPS : à Bourasso (et ensuite affecté à Nouna), M. Guillaume Hyen ; à Bagala, nous avons discuté avec M. Salimou Sylla ; nous avons aussi parlé à M. Théodore Nabonswende Zongo du CSPS de Dembo. Lors de chacune de ces rencontres, l'infirmier-chef était accompagné d'un infirmier auxiliaire. Afin de préserver l'anonymat de ces intervenants, nous éviterons de spécifier si une information provenait des infirmiers-chefs ou des infirmiers auxiliaires. Cependant, nous avons tenu à indiquer le CSPS en question.

Nous avons aussi interrogé des médecins, ces derniers travaillant exclusivement à l'hôpital de Nouna. Cependant, contrairement aux infirmiers des CSPS, les médecins ne reçoivent que très peu de cas de paludisme dans leur bureau, puisque la plupart des cas de paludisme simple sont référés au CSPS de Nouna (à deux pas de l'hôpital de Nouna) et qu'ainsi ils ne rencontrent généralement que les lourds cas de paludisme en urgence dans leur établissement (neuropaludisme, coma, convulsion, etc.). Conséquemment, ce sont les conversations avec les infirmiers des différents CSPS visités qui nous ont fourni les informations les plus pertinentes pour répondre à nos interrogations.

### **L'accès aux soins et aux médicaments ; le facteur économique lié aux comportements d'automédication**

Le coût d'une consultation est d'environ 50 FCFA pour un enfant et 100 FCFA pour un adulte (500 FCFA 1,10 \$ CAN) et le prix des médicaments tourne autour de 150 FCFA pour le paracétamol et plus ou moins 200 FCFA pour la chloroquine. Le prix d'un traitement complet, incluant la consultation, est relativement élevé pour une population principalement villageoise, cette dernière gagnant généralement moins de 500 FCFA par jour (Banque mondiale, 2005).

Au sujet du prix de la consultation et des médicaments, des infirmiers nous ont donné leur avis : « Certains disent que c'est trop cher » (un infirmier de Bourasso), « Au CSPS, tout le monde veut venir, mais il y a des barrières financières, alors les gens ne viennent pas beaucoup » (un infirmier de Dembo). En fait, certains chercheurs estiment à environ 20 % le taux de fréquentation actuelle des services de santé par la population (Fonteneau, 2000).

Pour réduire les frais engendrés par la prise de décision de consulter, beaucoup de patients n'achètent pas tous les médicaments prescrits. Bien souvent, un malade venu consulter pour le paludisme et qui se fait prescrire des médicaments pour plus d'une maladie, comme le paludisme et les parasites intestinaux, finit par n'acheter que les produits les moins chers au risque de laisser tomber les 15 comprimés de chloroquine tant nécessaire pour une réelle amélioration de son état. Leur posant la question sur l'importance de spécifier au patient lequel des médicaments devrait être acheté en priorité en cas de budget limité, les infirmiers nous ont simplement répondu qu'il ne faut pas trop les habituer à leur dire quel médicament est plus important (un infirmier de Bourasso) afin d'éviter de leur suggérer, indirectement, de se limiter à l'achat partiel de médicament.

Les CSPS de Bourasso et de Nouna ont fait l'expérience de l'arrivée de l'Assurance Maladie à Base Communautaire (AMBC) (Dong et al., 2003). En payant la prime de base (1500 FCFA par adulte et 500 FCFA par enfant), les membres ont droit à des consultations ainsi qu'à certains médicaments gratuits, dont les médicaments antipaludiques et antipyrétiques utilisés dans les soins du paludisme. Pour le moment, les infirmiers concernés n'ont pas encore constaté une plus grande affluence des malades au CSPS. Cependant, cet essai d'une Assurance maladie à base communautaire a donné lieu à quelques modifications dans la pratique des infirmiers, entre autres en ce qui concerne la prescription de médicaments. Les frais générés par l'achat des produits prescrits varient donc d'un CSPS à l'autre en fonction des politiques de gestion propres à chacun des centres. À Bourasso, par exemple, on déparasite maintenant presque systématiquement les individus, en particulier les enfants. Pour les non-membres de l'AMBC, cette pratique augmente les frais totaux de la prescription.

Au CSPS de Bourasso, lors d'une prescription de cinq comprimés ou moins de chloroquine, comme dans le cas d'un enfant de 4 à 6 ans nécessitant la prise de deux comprimés les deux premiers jours et d'un comprimé le troisième jour, les parents peuvent faire l'achat d'une demi-plaquette de chloroquine, c'est-à-dire cinq comprimés plutôt que d'acheter la plaquette complète de dix comprimés. Cette pratique convient à la fois aux CSPS participants à l'AMBC et qui désirent tout naturellement réduire les frais acquittés par l'assurance et aux patients qui ne bénéficient pas de l'assurance, mais voient le coût total de la prescription de chloroquine chuter de moitié grâce à cette pratique.

Cependant, dans les centres ne faisant pas partie de l'expérience AMBC, cette pratique de la demi-plaquette est encore hors de question. « Ici, on doit vendre la plaquette complète pour éviter des problèmes de gestion financière au niveau de la comptabilité de la pharmacie », nous a dit un infirmier au CSPS de Dembo. « On doit vendre la plaquette complète, mais on dit aux gens de garder ce qui

reste », a précisé l'infirmier de Bagala. Ce faisant, ce type de politique de gestion basée sur le conditionnement primaire des antipaludiques contribue directement à l'automédication comme nous l'a confirmé un infirmier de Dembo : « Avec ce qui reste, les gens vont soit les vendre au village, soit les donner à un membre de la famille quand il sera malade ». Le conditionnement des médicaments antipaludiques devient ici un facteur d'automédication.

Dans toutes les pharmacies des centres de santé et certaines pharmacies privées, il est cependant possible de se procurer certains produits en vente libre afin, dit-on, de « concurrencer la vente itinérante de médicament » (un infirmier de Bagala). Pour certains produits comme la chloroquine, le paracétamol, l'Aspirine™ ou l'Oracel™, « un particulier peut en acheter beaucoup pour lui » (infirmier de Dembo), en prévision de la maladie. L'avantage de cette pratique est l'assurance de la qualité du produit vendu, car nous savons que les médicaments de rue provenant souvent du Ghana ou de la Côte-d'Ivoire sont fréquemment contrefaits ou périmés, et rares sont les gens qui savent lire la date de péremption sur les plaquettes.

Un des problèmes majeurs de cette vente libre de médicaments en pharmacie, c'est la relative incompetence des pharmaciens, qui bien souvent ne savent que lire les prescriptions et donner au patient l'ordonnance du médecin. Ceci serait plus particulièrement vrai pour les pharmaciens des dispensaires de village. En effet, selon un infirmier de Bourasso, « le pharmacien ne connaît pas ce à quoi servent les produits et ne connaît la posologie que pour le paracétamol et encore, ils font parfois des erreurs de posologie pour les jeunes enfants ».

Le problème de la mauvaise posologie à la revente, tel qu'exprimé ci-haut est donc encore présent, car seul un infirmier ou un médecin peut être en mesure de prescrire la bonne dose en fonction de l'âge et plus particulièrement en fonction du poids du malade. Certaines pharmacies bénéficient cependant de la présence

d'une affiche expliquant la posologie de la chloroquine en fonction des variables individuelles (âge, morphologie, développement et poids). Mais en vente libre, rien ne garantit que les acheteurs de grandes quantités qui se présentent à la pharmacie se conformeront à cette affiche qu'on ne leur remet pas de façon systématique à l'achat, malgré la certitude qu'ils distribueront ces comprimés à des gens de tous âges sans avoir la formation médicale ou pharmaceutique leur permettant de prescrire parfaitement les médicaments ainsi achetés.

Le coût des traitements offerts dans les CSPS ou les pharmacies n'arrive toutefois pas à concurrencer le faible coût de l'automédication ou du traitement prescrit par les guérisseurs. En effet, il est toujours possible de se procurer quelques comprimés de chloroquine ou du paracétamol dans les petits marchés ou encore d'utiliser les restes de la plaquette d'une précédente consultation. Cependant, cette pratique est déconseillée à cause de la mauvaise qualité des médicaments de rue, souvent périmés ou contrefaits. De plus, il n'est pas rare de voir ce type de produit prohibé être utilisé sans consultations médicales préalables et sans assurance que la posologie est exacte. Ainsi, aucun petit commerçant ne s'indigne de voir une mère repartir avec seulement trois ou quatre comprimés de chloroquine, selon ses moyens financiers, pour soigner le paludisme de son mari, alors que la posologie normale est de six comprimés le premier jour, six le deuxième et trois le troisième jour. Le plus regrettable est certainement que cette sous-médication joue un rôle important dans la résistance du *Plasmodium* et mine l'efficacité des produits aujourd'hui abordables comme la chloroquine ou la nivaquine.

Il n'est pas rare non plus de voir une plaquette de comprimé générique d'ibuprofène (un antalgique) être vendue avec la prétention du petit commerçant que ce produit donne de l'énergie dans les cas de fatigue associés au paludisme. Cependant, les consommateurs de ces produits de rue semblent au fait des risques encourus : « Les gens ont peur de parler de produit prohibé comme la toupaille



(un antibiotique, Haxaire, 2003) ou de nous dire où ils ont payé ce produit » (un infirmier de Bagalla).

Ainsi, l'automédication est responsable de la sous-médication entraînant la résistance du *Plasmodium* aux traitements de base comme la chloroquine. Elle est responsable aussi de la prise des produits de rue, potentiellement toxiques. Mais c'est le retard des patients à se présenter dans un centre de soins, peu importe que ce dernier offre des soins traditionnels ou occidentalisés, qui cause le plus de problèmes. « Ils viennent toujours plusieurs jours après, d'abord c'est l'automédication », nous dit un infirmier de Bourraso. L'automédication a donc pour effet d'augmenter les risques de voir un paludisme simple dégénérer en un paludisme grave, dont la prise en charge nécessite parfois une hospitalisation pouvant atteindre, pour les villageois, des coûts exorbitants « parfois près de 7500 FCFA, soit le prix d'une chèvre vendue au marché » (un infirmier de Dembo).

Connaissant les conditions économiques des communautés les plus touchées par la mortalité liée au paludisme, le lien est rapidement établi entre la pauvreté et ce retard. Cependant, le retard des patients a aussi été attribué à la consultation des tradipraticiens, dont les services sont plus accessibles pour l'ensemble de la communauté. « Le traitement des tradipraticiens les empêche de venir vite », nous dit un infirmier de Bourraso. Cependant, le coût d'une consultation au CSPS ne saurait être le seul facteur responsable de la pratique d'automédication, car même les tradipraticiens, comme nous pourrions le voir dans le chapitre les concernant, se sont plaints de voir arriver trop tard leurs patients, réduisant ainsi les chances de réussite de la thérapie proposée. Le retard des patients au CSPS ne saurait donc relever que du facteur économique.

Le facteur socioculturel et le système de sens lié au paludisme sont en partie responsables du retard des patients. Selon l'avis d'un infirmier, c'est d'abord

l'importance que l'on accorde au paludisme qui fait la différence : « Les gens banalisent le paludisme ; d'abord ils essaient les médicaments traditionnels. Si la fièvre persiste et s'il y a des vomissements, ou si la personne ne peut pas manger, là ils viennent au CSPS » (un infirmier de Dembo).

On sait maintenant que les décoctions à base de neem (*Azadirachta indica*) ont un réel effet sur le paludisme. Les compétences des familles à l'automédication ne sauraient être complètement réfutées. « Si ça va avec la décoction, ils ne viennent pas au CSPS. Il y a des gens qui savent faire. Mais certains prennent des décoctions et traînent la maladie qui est toujours là » (un infirmier de Bourasso).

Mais la confiance que les communautés peuvent avoir par rapport aux médicaments traditionnels semble minée par l'attitude des infirmiers face à cette pratique qu'ils savent ne pas être sans risque. Un infirmier de Bourasso affirmait : « Ils ont peur de dire qu'ils ont pris des décoctions quand ils viennent consulter » (un infirmier de Bourasso). Les gens gardent confiance par rapport à l'efficacité des médicaments traditionnels, mais cachent leur automédication. Ainsi : « Les gens ne disent pas qu'ils ont pris des feuilles. Quand l'enfant a une splénomégalie, on sait que les parents ont donné des feuilles, mais ils n'avouent pas facilement » (un infirmier de Bagala).

Un autre infirmier nous dit : « Pour eux, la fièvre, c'est ça la maladie, alors ils veulent casser la fièvre. Donc, ils font quelques jours [d'automédication] avec le paracétamol » (un infirmier de Bagalla). Cette conception de la maladie que nous verrons plus en détail dans les chapitres suivants, pose un réel problème dans la pratique de l'automédication par la communauté.

Les infirmiers rencontrés admettent l'importance de sensibiliser les patients au sujet de l'automédication : « Il faut les conseiller face aux dangers de l'automédication » (un infirmier de Bagala). Mais devant ce comportement très

bien ancré dans la communauté, ce dernier ajoute : « Ça va prendre beaucoup, beaucoup, beaucoup [sic] de temps! » (un infirmier de Bagala)

Même si on arrive à éviter l'automédication et à encourager la consultation au centre de soins par les patients, l'observance des traitements prescrits reste très problématique selon l'ensemble des infirmiers rencontrés. Parmi les problèmes cités par les infirmiers, nous avons d'abord la peur inspirée par la prise de médicament chimique. « Certains savent combien en prendre, mais aussi certains ont peur de prendre les 6 comprimés » (un infirmier de Bourasso). Le travail des infirmiers est alors très important pour rassurer les patients : « les gens ont peur de la surmédication, ils ont tendance à en prendre moins, il faut parfois les convaincre de prendre les 6 premiers au bureau » (un infirmier de Bagala).

Parfois, c'est à la maison que les doses ne sont plus respectées et alors l'infirmier, pas plus que le pharmacien, ne peut intervenir. « Le gros problème, c'est de suivre correctement le traitement, ils arrêtent avant trois jours » (un infirmier de Dembo). « Les gens, surtout les Peulh, aiment avoir la chloroquine à la maison, mais les doses utilisées ne sont pas bonnes » (un infirmier de Bourasso). « Les posologies ne sont pas bien suivies, cela cause des défaillances au niveau de la prise, et une sous et une sur médication à la maison » (un infirmier de Bagala). Les compétences sanitaires traditionnelles prévoient normalement une prise de médicament pendant trois ou quatre jours ou encore jusqu'à l'apaisement des symptômes. Une confusion pourrait alors résulter en une mauvaise observance des traitements prescrits. Nous y reviendrons dans les chapitres portant sur l'espace tradithérapeutique et familial.

Enfin, nous avons les problèmes financiers qui empêchent les individus de se procurer le traitement complet : « les gens ne veulent pas respecter les doses, par exemple cette femme qui est venue pour son enfant. Les treize comprimés nécessaires (5, 5, 2 ½), c'était trop pour elle, elle n'a demandé que pour 50 Fcfa

seulement, et ça, ce n'était pas assez pour treize comprimés » (un infirmier de Dembo). À Bagala, le pharmacien doit aussi intervenir auprès des gens lors de la vente, afin de s'assurer qu'ils auront assez de comprimés pour terminer leur traitement : « Le pharmacien conseille aux gens de prendre la dose qui leur a été prescrite ; deux plaquettes plutôt qu'une seule » (un infirmier de Bagala).

Onoge, dans un ouvrage collectif intitulé *Capitalism and public health : a neglected theme in the medical anthropology of Africa* commente les effets pervers du facteur économique, en particulier de l'accès aux soins occidentaux qui est conditionnel à la capacité à payer sur le champ les services et médicaments nécessaires :

« This is a major departure from the medical culture of precapitalist Africa. In the pre-colonial societies, a sick person was sure to have access to the available fund of medical knowledge, limited as this knowledge may have been. Although it was usual for the patient to pay for these services in those societies in which occupational specialisation was advanced, it was unthinkable to ignore a patient on the grounds of his poverty. The appropriate tradition was that the poor patient and his kinsmen would be indebted to the healer. A healer who refused to supply his services on the grounds of cash ran the grave risk of being ostracized » (Onoge, 1975)

Le facteur économique est certes très important dans les efforts de lutte contre le paludisme, mais avec la mise en place de l'Assurance Maladie à Base Communautaire et la possibilité de se procurer les antipaludiques en vente libre dans les pharmacies, ce facteur peut être amoindri ou écarté de l'équation de cette problématique. Nous verrons cependant que les efforts de sensibilisation doivent maintenant se tourner vers la prise de décision et les connaissances et compétences nécessaires qui y sont associées, alors que l'on doit convaincre les communautés de l'importance d'amener le malade plus rapidement en consultation au dispensaire.

### **La prise de décision et la compétence diagnostique : de la prévention à la guérison**

À l'heure actuelle, la prise de décision concernant la consultation au CSPS dépend très souvent de la gravité présente et visible de la maladie, par opposition à la gravité anticipée. Un paludisme qui débute n'est pas perçu comme étant dangereux *a priori*, alors les gens n'ont pas le réflexe de consulter en prévention de l'aggravation possible de la maladie, cette aggravation n'étant pas pressentie par la plupart d'entre eux.

De plus, le paludisme grave est souvent compris comme découlant d'une autre maladie qui serait venue se juxtaposer au paludisme simple, plutôt que résultant du potentiel évolutif normal de ce dernier. Un infirmier nous dit :

« Le paludisme ne peut pas tuer l'enfant selon les mères et les campagnes de sensibilisation expliquant aux gens que « le paludisme grave est un paludisme simple qui a duré » ne marche pas, les mères ne se souviennent pas du message. Pour elles, le paludisme simple n'est pas associé à la sorcellerie, alors pour le paludisme grave qu'on appelle *konon* [la maladie de l'oiseau], c'est un sorcier. Ça ne peut pas être la même chose » (un infirmier de Bourasso).

Une étude réalisée en Tanzanie (Dale, 2006) a effectivement permis de mettre en évidence par une étude de cas qu'un facteur socioculturel était responsable de la sous-utilisation des services de santé dans leur zone d'étude. On signale entre autres, dans ce rapport, que, lorsqu'un enfant était atteint de paludisme avancé accompagné de convulsions, les mères hésitaient à amener leurs enfants pour les faire soigner dans des établissements sanitaires. Appelé *ndegedege* en Tanzanie, cet état chez l'enfant n'étant pas souvent associé au paludisme, mais à la présence d'esprits ou de changements météorologiques. Cet aspect de la maladie faisait en sorte que les parents préféraient conduire leur enfant chez le guérisseur plutôt

qu'au dispensaire. Selon le Dr Kasale, les parents croyaient que, si leur enfant recevait une piqûre (pour traiter les convulsions), il allait mourir à coup sûr. Une approche qui tient compte de cette conception de la maladie et du traitement au dispensaire a donc été tentée dans cette région :

« Pour apaiser les craintes des parents, les professionnels des établissements de santé communautaires ont choisi une nouvelle forme de traitement des convulsions, un mélange de Valium et d'eau, solution administrée par voie rectale. « En l'espace d'une minute, l'enfant se sent mieux », déclare le D<sup>r</sup> Kasale, ajoutant que l'enfant ainsi débarrassé de ses convulsions pouvait prendre des antipaludiques par voie orale et être transféré à un plus grand centre sanitaire pour y être traité.

La disparition quasi instantanée des convulsions a eu une incidence miraculeuse sur l'opinion du public à l'égard du système de santé. « Le travailleur de la santé a administré ce traitement à l'enfant en face des autres mères », poursuit le coordonnateur du projet. « Voyant l'enfant guérir sans piqûre, elles étaient stupéfaites. De bouche à oreille, la nouvelle s'est répandue et les mères ont commencé à amener leurs enfants dans les établissements sanitaires ». Le D<sup>r</sup> Kasale estime que c'est cet effet de démonstration - à savoir lorsque les patients sont témoins des résultats positifs et en parlent à d'autres personnes - qui est responsable, en partie, de l'augmentation si marquée du taux de fréquentation des dispensaires à Rufiji et à Morogoro » (Dale, 2006).

Les encourageants résultats obtenus par l'équipe du Dr Harun Kasale en Tanzanie soutiennent l'importance des recherches tournées du côté des facteurs socioculturels.

Ce n'est souvent pas l'apparition chez un malade des signes du paludisme simple qui peut convaincre les mères ou la famille de consulter les infirmiers. Ce serait plutôt la gravité de la maladie, et plus particulièrement la rapidité de l'évolution de la maladie dans sa gravité qui convainc les décideurs d'agir et de consulter au

CSPS ou à l'inverse, comme dans le cas décrit par Dale en Tanzanie, de ne surtout pas consulter. Les décideurs, ce sont les chefs de famille ; ce sont eux qui gardent et gèrent l'argent du ménage :

« Ce sont les pères qui ont l'argent et qui décident de ce qu'il faut faire avec l'enfant, soit l'amener au dispensaire ou chez un vieux [un guérisseur]. Les grands-mères donnent des plantes, mais n'interviennent pas, elles n'imposent pas à la mère la décision d'aller ou pas au CSPS. Les grands-mères, c'est les feuilles qu'elles connaissent » (un infirmier de Bagalla).

Malgré tout, selon l'avis des infirmiers, les mères, fréquemment sollicitées par les programmes de santé publique, comprennent de plus en plus l'importance du CSPS. Elles auraient même développé une stratégie d'accès aux soins. Selon l'expérience d'un infirmier de Bagalla :

« Les mères attendent deux jours avant de dire au père que l'enfant est malade. Elles ne peuvent pas toujours l'arrêter pour ça [pour parler de la maladie de l'enfant]. Comme elles préparent le dolo [bière de mil artisanale] ou vendent des produits au petit marché, elles ont toujours un petit quelque chose de côté, ce n'est pas beaucoup 75 F ou 100 F comme ça, mais juste assez pour amener l'enfant rapidement au CSPS sans devoir en parler au mari. Alors, elles consultent d'abord et après elles vont trouver le mari avec l'ordonnance et elles demandent l'argent » (un infirmier de Bagalla).

Cette stratégie d'accès aux soins ne saurait avoir de sens sans une certaine compétence des communautés, et en particulier des mères, à reconnaître les symptômes du paludisme.

Savoir reconnaître que son enfant, ou un membre de sa famille, a le paludisme est le type de compétence que tout parent devrait minimalement posséder dans un contexte où la prise en charge de la maladie est souvent réalisée d'abord à

domicile. La confusion pouvant exister entre le paludisme et une multitude de maladies présentant un ensemble de symptômes tout à fait similaires ne peut s'éliminer que par un test en laboratoire pour ainsi s'assurer qu'il s'agit bien d'une infection paludéenne. Cependant, les infirmiers ont développé la compétence à reconnaître le paludisme sans recourir à l'un ou l'autre de ces différents tests. On peut donc supposer que les mères pourraient éventuellement développer ce même type de compétence dans le diagnostic du paludisme. Un infirmier de Bagalla nous donne son avis sur la compétence des consultants :

« La plupart des gens n'ont pas le bagage de connaissance nécessaire pour comprendre que, lorsqu'on a le paludisme, on peut avoir tel ou tel symptôme. Les plus compétents pour reconnaître, ce sont ceux qui ont fait l'école. Certains savent reconnaître le paludisme, mais n'osent pas nommer le paludisme. Les mères ne peuvent pas être compétentes parce qu'elles ne sont pas des agents de santé » (un infirmier de Bagalla).

Ce discours est très intéressant parce qu'il révèle un rejet des compétences traditionnelles de la reconnaissance du paludisme. Il valorise beaucoup l'éducation occidentale qui semble la seule à pouvoir dialoguer avec la médecine occidentale. Le discours garde aussi le préjugé voulant qu'une femme ne puisse pas être à la fois mère et soignante. Affirmer que les mères sont incompetentes est une affirmation très culturelle sur les obligations et limites du rôle de la femme au sein de sa concession. Nous y reviendrons dans le chapitre traitant de l'espace familial.

Tous les infirmiers s'entendent pour dire que les gens confondent fréquemment le paludisme avec d'autres maladies, et que cette confusion mine tout effort de construction de compétence sanitaire chez les élèves comme chez les autres membres de la communauté :



« Beaucoup disent, quand ils arrivent au CSPS, que c'est le paludisme, mais, pour trop de gens, toutes les maladies c'est le paludisme sauf la toux et la diarrhée. La fièvre jaune et le paludisme grave, c'est difficile de les distinguer même pour les infirmiers » (un infirmier de Dembo).

« Certains disent qu'ils ont un paludisme en arrivant, mais ce n'est pas toujours vrai, c'est parfois la toux, la bronchite ou le rhume. On donne alors du cotri et des antibiotiques » (un infirmier de Bourasso).

« Il y a plus de danger à montrer ça aux gens, car il y a d'autres maladies qui ressemblent au paludisme en fait de symptôme. Là, on voit la mère qui bombarde son enfant de chloroquine alors que ce n'est pas le paludisme » (un infirmier de Bagala).

En fait, seul un test sanguin, appelé goutte épaisse, peut discriminer parfaitement le paludisme des autres maladies ayant une symptomatologie similaire, comme la grippe. Ce test consiste à prélever au bout d'un doigt du patient une goutte de sang qui sera colorée par le Giemsa (ou la solution de Wright) et analysée sous microscope afin d'y effectuer la numération des parasites (trophozoïtes et gamétocytes du *Plasmodium*). Cependant, le contexte environnemental et socioéconomique ne permet pas aux infirmiers d'inclure ce test de façon systématique dans leur pratique. Généralement, le test est réalisé au laboratoire de l'Hôpital de Nouna ou au CRSN. Les deux laboratoires sont situés à Nouna et la distance entre les laboratoires et les CSPS découragerait les patients de s'y rendre. Le coût de ces tests réalisés en laboratoire rend ces derniers inaccessibles pour les patients issus de milieux modestes comme c'est le cas pour la plupart des villageois et la prise de sang est souvent vue comme une incursion indiscrete où le risque d'un dépistage non désiré du sida demeure une menace constante, considérant la stigmatisation liée à l'annonce d'un résultat positif. De plus, le ministère de la Santé du Burkina Faso a donné la directive de soigner par traitement présomptif à base de chloroquine (première ligne) ou de sulphadoxine-pyriméthamine (deuxième ligne) tout les cas de fièvre ne présentant d'autre cause évidente que le paludisme (Müller, Traore, Becher, Kouyate, 2003).

La compétence des infirmiers repose donc entièrement sur une approche empirique, tout comme celle possédant les tradipraticiens et la communauté. Cependant, les signes dont disposent les infirmiers sont à la fois plus nombreux et plus justes que ce que possède la communauté pour évaluer qu'une personne donnée souffre bel et bien du paludisme. Par contre, le fait de poser un diagnostic sans l'aide du test de la goutte épaisse laisse supposer qu'un transfert à la communauté de cette compétence diagnostique combinée à la compétence dans la prescription d'un traitement présomptif pourrait tout à fait être envisageable.

Caractérisé par les convulsions, le paludisme grave, aussi appelé maladie de *Djinn* (maladie de l'oiseau) ou plus couramment le *konon* (maladie de l'oiseau), est rarement perçu comme un paludisme simple qui se serait aggravé. Par contre, certains patients arrivent à voir l'évolution de la maladie de sa forme simple à sa forme légèrement aggravée, c'est-à-dire lorsque les symptômes de base s'intensifient, comme les vomissements ou la fatigue extrême. Mais dès qu'apparaissent d'autres manifestations comme les convulsions ou la jaunisse (ictère), le paludisme grave (*sumaya bā*) n'est plus la maladie évoquée par les patients. Ils commencent à parler plutôt du *konon* (maladie de l'oiseau) ou du *djokadjo* (jaunisse).

Nous avons demandé aux infirmiers de nous parler de la façon dont était perçu le paludisme grave chez leurs patients et quel était son rapport avec le paludisme simple :

« Du paludisme simple au paludisme grave, ils font la différence, ce n'est pas la même maladie. Mais, si le paludisme grave est accompagné de convulsions, c'est la maladie de *djinn* [maladie de l'oiseau] » (un infirmier de Bagala).

« Quand c'est un paludisme grave, les gens connaissent. Mais la maladie de l'oiseau avec des convulsions, ça, c'est le sorcier qui

mange l'enfant, ce n'est pas le paludisme grave pour la mère » (un infirmier de Bourasso).

« Les gens voient la suite chronologique des choses, du paludisme simple au paludisme grave, mais les convulsions, ils n'arrivent pas à lier ça au paludisme, pour eux c'est l'oiseau. Tout enfant qui n'a pas de petit frère vers l'âge de 2 ou 3 ans, risque d'attraper le *konon*. Ça arrive quand l'enfant crie en même temps que l'oiseau qui ressemble à une perdrix, alors l'enfant est attrapé [par la maladie] » (un infirmier de Dembo).

Cet aspect de la conception médicale des patients ne permet pas aux infirmiers de mettre leurs patients en garde contre le paludisme simple et le risque de le voir dégénérer en paludisme grave. En effet, c'est par les symptômes empiriques plutôt que par la réalité biomédicale que les individus nomment leur maladie et déterminent les traitements appropriés selon la cause attribuée. « En cas de *konon*, les parents amènent l'enfant chez le guérisseur pour faire une incision sur la joue » (un infirmier de Bourasso). « Pour soigner ou prévenir le *konon*, le guérisseur fait un trait au visage et met un produit. Il met parfois une plume d'oiseau autour du cou ou du poignet de l'enfant » (un infirmier de Dembo).

Comme la cause diffère considérablement, d'après les villageois, entre le paludisme simple (cause naturelle) et le *konon* (cause de sorcellerie), les efforts de sensibilisation par les infirmiers se révèlent souvent inutiles. Ce sont les facteurs culturels ou systèmes de sens qui empêchent l'acquisition de compétences sanitaires, que nous pourrions appeler compétences sanitaires « biomédicales », au profit des compétences sanitaires « traditionnelles » prescrivant la consultation de tradipraticiens dans tous les cas de sorcellerie qui, selon les villageois, sont responsables du *konon*.

La prévention du paludisme telle qu'on la conçoit de façon biomédicale n'est que très peu pratiquée par les communautés. Les comportements préventifs sont

plutôt, comme nous pourrions le voir dans l'espace familial, des comportements de prévention du *sumaya* (maladie de la fraîcheur). Les mères protègent leurs enfants du froid par des couvertures et leur mari du choc thermal en faisant chauffer l'eau pour leur toilette matinale.

Quand vient le moment de parler de prévention avec les patients, les infirmiers arrivent difficilement à faire saisir l'importance de prévenir le paludisme : « Les gens qui viennent souvent au CSPA pratiquent plus de prévention. Mais il y a du travail à faire, comme ils sont en santé, ils ne voient pas encore très bien l'importance de la prévention » (un infirmier de Dembo). De plus, dans la pratique, la prévention ne prend pas une grande place dans le travail des infirmiers. Ils nous disent : « On n'a pas le temps de faire de la prévention, en leur parlant de la moustiquaire, par exemple » (un infirmier de Bourasso). En effet, se protéger du moustique par des moyens physiques ou chimiques, comme la moustiquaire, est encore le moyen le plus efficace de prévenir le paludisme. Encore faut-il que les gens comprennent bien le lien entre le moustique et la crise de paludisme : « Les gens commencent à comprendre, mais croient que c'est aussi le karité ou Dieu » (un infirmier de Bourasso).

Concernant la prévention par la moustiquaire, les facteurs économiques ont été mentionnés par l'ensemble des infirmiers comme étant un facteur très limitant, tant pour les gens qui aimeraient en bénéficier, qu'au niveau des infirmiers qui ne se sentent pas libres d'en faire la promotion auprès de leur patient à cause des coûts trop élevés de la moustiquaire pour la plupart d'entre eux. Un infirmier de Bourasso nous dit simplement : « La prévention c'est difficile. La moustiquaire à 1500 F, c'est trop cher pour tout le monde » (un infirmier de Bourasso). Le nombre souvent élevé d'individus au sein d'une même concession rend d'autant plus difficile la prévention par la moustiquaire. Un infirmier de Dembo explique :

« L'argent n'est pas facile à donner surtout pour la prévention du paludisme. C'est une petite maladie pour eux. Parfois, ils essaient de gagner [se procurer] des moustiquaires, mais pas pour toute la famille. Ce n'est pas possible. C'est les nourrissons seulement qui dorment avec la mère à cause de la pauvreté » (un infirmier de Dembo).

Lorsque le facteur économique n'est pas un problème pour certains d'entre eux et qu'ils adoptent finalement la moustiquaire, ce sont les facteurs socioculturels qui semblent perturber l'utilisation optimale de la moustiquaire :

« Certains ont pris conscience de l'importance de la moustiquaire, mais ils les utilisent mal et elles sont très percées. Aussi, les gens ne se protègent pas très tôt le soir. Les Bwabas aiment discuter avec le dolo dans la cour d'un cabaret. Ils se font beaucoup piquer à ce moment. Les plus musulmans, comme les Mossi et les Peulh, se couchent plus tôt. Aussi, quand l'enfant peut marcher, il est laissé à lui-même, s'il est dehors on ne va pas le faire entrer très vite. Les moins de 9 ans, ils se font toujours piquer avant d'aller se coucher » (un infirmier de Bagala).

Tout ceci mine beaucoup les efforts de sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires par les infirmiers. En effet, comment demander aux infirmiers de convaincre les patients d'investir dans l'achat d'une moustiquaire en se portant garant de son efficacité, alors qu'il est presque certain qu'ils connaîtront d'autres épisodes palustres ? Nous reviendrons dans le chapitre concernant l'espace familial sur l'*habitus* ou les compétences culturelles traditionnelles, faisant obstacle à l'optimisation de l'utilisation de la moustiquaire.

En résumé, les infirmiers semblent s'accorder sur le manque de compétence de leurs patients, tant dans le diagnostic du paludisme qui est nécessaire à la prise de décision de consulter au dispensaire que dans la prévention du paludisme. Ce manque de compétence de la part des patients pose d'autant plus problème que ces mêmes infirmiers se sentent impuissants à changer la situation.

### **Les Agents de Santé Villageois (ASV)**

Afin d'appuyer les infirmiers dans leur travail auprès de la communauté, le système de santé a recruté des Agents de Santé Villageois (ASV). Tel que nous l'avons dit plus haut, le rôle de l'ASV est d'informer la communauté de leur village à propos de la prévention de la maladie, de l'importance de consulter rapidement en cas de maladie et des dangers des médicaments prohibés (ex. toupaye ou sama). Ils sont aussi chargés de vendre des comprimés de chloroquine et de paracétamol aux gens atteints de paludisme dans leur village.

Les ASV sont des bénévoles qui ont été choisis par les membres influents du village. Un infirmier de Dembo explique :

« L'ASV est souvent une personne importante, comme le chef du village ou un membre de sa famille. Comme le chef a le dernier mot sur le choix de l'ASV, alors il va chercher quelqu'un qu'il peut facilement contrôler. Ici à Dembo, l'ASV fait partie de la famille du chef » (un infirmier de Dembo).

Le travail des ASV est, selon l'avis des infirmiers, plutôt difficile à cause des ruptures de stock auxquelles ils font régulièrement face malgré les 500 comprimés de paracétamol et de nivaquine qu'ils reçoivent gratuitement lors de leur nomination :

« Il veut conserver son statut dans le village et soigner les gens sur place, mais c'est difficile à cause du crédit et des ruptures de stock. L'ASV donne tellement de médicaments à sa famille qu'il vide son stock et finit sans argent » (un infirmier de Dembo).

L'agent de santé villageois est constamment aux prises avec un problème moral. Lorsqu'un membre du village est malade, il ne saurait refuser le don de

médicament qu'il a en sa possession lorsque les gens sont dans l'incapacité de payer. Ceci est d'autant plus problématique quand il s'agit d'un membre de la famille. L'argent de la vente des médicaments qui aurait dû servir à renouveler le stock de médicaments n'a pas été donné par les villageois.

Le statut des ASV est aussi problématique, un infirmier de Dembo explique :

« Comme les ASV ne sont pas des infirmiers, ils ne bénéficient pas du même statut d'autorité que les infirmiers. La sous-médication des villageois constitue un échec des ASV. Avec le temps, cela crée un manque de confiance du villageois envers l'ASV » (un infirmier de Dembo).

Ce type d'erreur de la part des ASV a aussi été mentionné par les autres infirmiers rencontrés :

« L'Agent de Santé Villageois oublie quelques fois la posologie. Ça arrive souvent. Aussi, il donne parfois seulement le paracétamol pour cesser la fièvre et laisse tomber les comprimés de nivaquine » (un infirmier de Bagala).

« Les agents de santé se trompent parfois, ça arrive souvent. Un des agents de santé a déjà vendu du sama [un produit prohibé] au lieu des produits recommandés. Aussi, quand quelqu'un ne veut pas payer pour tous les comprimés nécessaires, il lui arrive parfois de vendre seulement ce que les gens peuvent payer, ça crée encore plus de sous-médication au village » (un infirmier de Bourasso).

Il semblerait donc que les ASV manquent à la fois de compétence et d'autorité sanitaire au sein de leur village, conditions nécessaires pour mener à bien leur mission préventive et curative auprès des villageois. Selon l'avis des infirmiers, les compétences des ASV ne seraient guère plus développées que celle de la communauté. N'ayant pas plus d'impact que les infirmiers sur les comportements

d'automédication, de prévention ou d'observance des traitements prescrits, leur rôle reste ambigu dans les efforts de lutte contre le paludisme auprès de la communauté. Dans un tel contexte, les efforts de lutte contre le paludisme doivent être dirigés vers un enseignement de compétence effective offert directement à la population par une stratégie d'éducation de masse, plutôt que de passer par les infirmiers ou les ASV dont l'enseignement est plutôt caractérisé par une approche individuelle.

Cependant, il faut savoir que l'étude du rôle des ASV dans la lutte contre le paludisme n'avait pas été planifiée dans notre protocole de recherche initial. Il aurait été très pertinent de les rencontrer pour avoir leur version des faits et connaître leur perspective sur cette question et nous sommes conscients de cette limite de notre étude.

### **Le contexte de consultation au CSPS**

Les CSPS visités ont une configuration très classique, avec une salle d'attente rudimentaire, parfois simplement située sous un auvent à l'extérieur des bâtiments. Les patients et leurs familles se présentent habituellement une heure avant l'arrivée de l'infirmier, vers huit heures le matin, et attendent assis sur les bancs disposés à leur intention. Les consultations ont surtout lieu en matinée, mais les infirmiers-chefs restent disponibles en tout temps, car bien souvent leur résidence est située à proximité du CSPS.

Plusieurs affiches préventives sont disposées çà et là sur les murs. La quantité d'information écrite sur ces affiches est impressionnante, considérant l'analphabétisme de la majorité des consultants. Peut-être est-ce pour cette raison que peu d'entre eux les regardent vraiment.



Des affiches de posologie de la chloroquine, à partir desquelles on peut aisément comprendre la dose appropriée en fonction d'un graphique représentant un nouveau-né, des enfants ou des adultes selon le cas, sont présentes dans tous les CSPS visités. Toujours placée à l'intérieur du cabinet de l'infirmier, cette affiche est disposée soit en face de l'infirmier, donc derrière les patients qui consultent, soit derrière l'infirmier, face aux consultants. Il n'est pas rare de voir, au cours de la préparation de la prescription, l'infirmier l'examiner attentivement afin de déterminer la dose à prescrire.

L'ambiance dans le cabinet est relativement détendue, bien que le respect de l'autorité que représente l'infirmier soit palpable. Le regard des patients assis face à l'infirmier derrière son bureau est constamment tourné tantôt vers le sol, tantôt vers le bureau. Cette zone, située à l'avant du bureau, serait presque l'endroit parfait pour y apposer des pictogrammes éducatifs.

L'entrée du patient dans le cabinet est ponctuée des salutations d'usage, plus ou moins chaleureuses et personnalisées selon que l'infirmier aura été sur place depuis plusieurs années. Sans perdre de temps, l'infirmier pose les premières questions d'usage au sujet de la maladie.

Lors d'un paludisme, l'infirmier se lève, examine le patient et pose le thermomètre sous l'aisselle pour savoir si le patient fait de la fièvre, indicateur parfait dans le cas du paludisme, et retourne derrière son bureau. L'attente qui s'en suit dure quelques minutes. À ce moment, tout le monde attend en silence la fin de ce test. À tout coup, ce serait le moment idéal pour quelques conseils préventifs ou curatifs, mais le silence perdure. Ce n'est qu'après la lecture du thermomètre que la discussion reprend alors avec certains conseils, des reproches et une bonne négociation concernant l'achat des médicaments prescrits.

La prescription est donnée au patient. Selon les infirmiers, et selon que les patients soient, ou non, en mesure d'acheter sur le champ les médicaments, on expliquera la posologie au patient. Certains patients vont aller acheter les médicaments et, sous le conseil de l'infirmier, reviendront avec les comprimés prendre connaissance de la posologie. Si l'achat immédiat n'est pas possible, l'infirmier expliquera oralement la posologie avant le départ du patient.

L'énoncé de la posologie prend une forme particulière en fonction de l'analphabétisme des patients. Pour ceux ayant eu la chance d'aller à l'école, seule la prescription papier suffit ; pour les autres, commence une forme d'enseignement de la prise de médicament. Sans nommer le médicament, la plupart des infirmiers se contenteront de soulever la plaquette concernée et de montrer en comptant avec les doigts le nombre de comprimés à avaler le premier jour, le deuxième jour, et ainsi de suite, le matin seulement ou un le matin et un le soir, dans le cas du paracétamol par exemple. Les plus attentionnés dessineront des pictogrammes simples pour indiquer à quel moment prendre le médicament et le nombre de soleil leur indiquera le nombre de jours que devrait durer le traitement. La plupart leur feront répéter, telle une leçon, la posologie ainsi enseignée. Tous ne partiront qu'après avoir réussi ce petit examen.

### **Étude de cas**

Afin d'illustrer concrètement le niveau de compétence des patients et les échanges infirmier/patient pouvant générer une acquisition de compétence de la part des patients, trois consultations types sont ici présentées. Au total, 32 consultations pour le paludisme ont été observées. Nous considérons que les trois consultations choisies sont assez représentatives de l'ensemble des situations observées, bien que chacune des 32 consultations ait présenté des variations de diverses natures.

Pour la présentation des cas cliniques, ni le nom du CSPS ou de l'infirmier, pas plus que le nom du patient ne sont dévoilés afin de préserver la confidentialité de la rencontre. La libre traduction des entretiens faits en dioula ou en bwamu a été réalisée par un enquêteur travaillant pour le Centre de Recherche en Santé de Nouna. Les termes comme *sumaya* ou *djokadjo* ont été traduits par le terme français le plus proche comme paludisme et jaunisse.

### **Cas 1 - Entretien avec une jeune femme**

Il est 09h15 le matin et une jeune femme entre dans le cabinet. Elle bénéficie de l'AMBC et présente sa carte d'assurance et son carnet à l'infirmier. Elle a l'air bien, quoiqu'un peu faible. Semblant à l'aise, elle s'adresse en français à l'infirmier et sans hésitations lui expose la raison de sa visite :

*I (L'Infirmier) – Qu'est-ce qu'il y a ?*

*P (La Patiente) – J'ai mal à la tête et un peu partout.*

*I- Comment te sens-tu ?*

*P- C'est la fatigue.*

*I- Quand tu dors, tu te lèves difficilement ?*

*P- Oui.*

*I- Tu as pris des comprimés ?*

*P- Oui, deux nivaquines et deux paracétamols matin et soir.*

Il y a une pause et l'infirmier prend la température avec le thermomètre. Une minute ou deux plus tard, l'infirmier retire le thermomètre et conclut :

*I- Avec le paracétamol, tu ne fais pas de fièvre.*

L'infirmier prend un air autoritaire et poursuit :

*I- Tu as pris les comprimés et la dose n'est pas arrivée [pas suffisante], voilà pourquoi on vous dit d'aller au CSPS avant toute chose, au lieu de 4 comprimés tu devais prendre 5 le premier jour, 5 le deuxième jour et 2 et demi le troisième jour.*

Laissant la patiente réfléchir sur son automédication, l'infirmier rédige la prescription. Ne désirant pas qu'elle poursuive son traitement à la nivaquine, il lui prescrit le Fanzidar<sup>TM</sup> à prendre en une seule dose et deux paracétamols matin et soir. Il ajoute ensuite :

*I- Tu as fait l'école et maintenant tu es couturière. Tu as assez d'argent pour payer tes ordonnances. Tu dois comprendre que la dose que tu as prise n'est pas arrivée et un jour tes médicaments pourraient être plus chers. Bon..., prends tes médicaments et reviens me voir dans trois jours.*

La patiente acquiesce, prend la prescription puis quitte le bureau pour aller rejoindre notre équipe qui l'attend à la sortie pour un entretien.

Notre patiente qui semble appartenir à une famille aisée nous explique qu'elle a consulté pour la première fois à l'âge de 13 ans pour le paludisme. Lorsqu'on lui demande pour quelle raison elle consultait aujourd'hui, elle nous répond qu'elle consulte pour une fièvre. Étrangement, elle avait mentionné plutôt des douleurs à la tête et dans le corps et jamais la fièvre n'a été mentionnée à l'infirmier. Ce fut plutôt l'initiative de l'infirmier de prendre la température de la jeune fille et de conclure que la fièvre devait être tombée avec l'usage des paracétamols.

Lorsqu'on lui demande de se rappeler la conversation ayant eu lieu dans le cabinet, elle répond simplement :

*P- Il m'a demandé où j'avais mal et je lui ai répondu que j'avais mal à la tête et partout.*

*E- (Nos Enquêteurs) Vous a-t-il demandé autre chose ?*

*P- Non.*

*E- Vous a-t-il dit ce dont vous souffrez ?*

*P- Non.*

*E- A-t-il fait des remarques ou vous a-t-il donné des conseils ?*

*P- Non.*

*E- Vous a-t-il donné un autre rendez-vous ?*

*P- Non.*

Nos enquêteurs demandent ensuite à la patiente d'expliquer à quoi servent, selon elle, les médicaments prescrits. Sa réponse est plus ou moins exacte, elle explique seulement que c'est pour les douleurs.

Nous lui demandons alors si elle peut se rappeler comment prendre les comprimés prescrits, mais elle ne le sait pas. Heureusement pour elle, ancienne élève, elle pourra aisément lire la posologie sur la prescription.

Avant de quitter, on lui demande s'il a été facile pour elle de se procurer les médicaments. Comme elle était assurée par l'AMBC, elle répond par l'affirmative qu'elle a pu obtenir tout ce dont elle avait besoin.

Dans le présent cas, nous avons affaire à une jeune femme qui a fait l'école. Bien qu'elle sache lire et écrire, son éducation ne lui a pas permis l'acquisition de compétence sanitaire valable. Nous verrons dans le prochain chapitre traitant de l'espace scolaire, que la seule compétence curative qui y est enseignée concerne la consultation médicale. En effet, on y enseigne que lorsqu'apparaissent les premiers symptômes du paludisme, il faut se rendre au dispensaire pour une prise

en charge adéquate. Nous pouvons déduire que cette compétence n'a pas été acquise.

De plus, nous avons été témoins d'un comportement de retard lié à l'automédication, doublé d'une sous-médication de la part de la patiente. Malgré les conseils et réprimandes qui ont pourtant été répétés par l'infirmier au cours de la consultation concernant l'automédication et le retard causé par cette pratique, la patiente a déclaré à nos enquêteurs à sa sortie du cabinet que l'infirmier ne lui avait donné aucun conseil ni fait aucune remarque. Nous ne sommes pas en mesure cependant d'affirmer s'il s'agit ici d'un échec de transfert de compétence de la part de l'infirmier ou s'il peut s'agir plutôt, par exemple, d'une gêne de la patiente à nous révéler qu'elle s'est fait réprimander par l'infirmier.

Autre fait à souligner, en aucun cas la cause proximale n'a été nommée, soit le paludisme, bien que l'automédication (prise de nivaquine et de paracétamol) suggère que la patiente savait qu'elle souffrait du paludisme. Cependant, peut-être aurait-il été préférable que le diagnostic soit clairement énoncé par l'infirmier. Comme la patiente ne connaissait pas la fonction réelle des comprimés antipaludiques prescrits (Fanzidar™), elle pourra être tentée de prendre de nouveau ce type de comprimés en automédication pour soulager divers types de « douleur », puisque c'est précisément la fonction qu'elle a attribuée à ces médicaments.

Finalement, nous avons pu constater que le fait d'être inscrit au nouveau programme d'Assurance Maladie à Base Communautaire (AMBC) n'a pas réussi à contourner la compétence sanitaire traditionnelle d'automédication. Tout au plus aura-t-elle, peut-être, contribué à une arrivée plus rapide au dispensaire, soit le lendemain de l'apparition des premiers symptômes.

## Cas 2- Entretien avec une femme venue pour son enfant de 11 mois

Vers 8h45, une mère entre avec son bébé. Celui-ci est plutôt calme, mais pleurniche un peu. Sa mère semble tout à fait à l'aise avec l'infirmier qui affiche une attitude très calme et joviale. Elle est particulièrement bavarde. L'entretien s'est déroulé en dioula.

Sur un ton très calme, cette mère de 25 ans répond au pourquoi de sa visite en disant simplement :

*M (la mère du consultant)- Son corps est chaud.*

*I- Ça a commencé quand ?*

*M- Samedi. [l'entretien a lieu un mardi, trois jours plus tard...NDLR]*

L'infirmier installe le thermomètre sous le bras de l'enfant et examine l'enfant. Il attend quelques minutes puis retire le thermomètre. Sans dire un mot, il écrit dans le carnet de l'enfant. Il reprend :

*I- Pourquoi n'es-tu pas venu plus tôt ?*

*M- Si celui qui donne l'argent ne parle pas..., on ne peut pas venir.*

*I- Tu lui as donné quoi et combien ?*

*M- Une demi-chloroquine par jour et un quart de paracétamol deux fois par jour.*

*I- Est-ce qu'il vomit ?*

*M- Oui, beaucoup.*

*I- A-t-il autre chose ?*

*M- Oui, il y a la dentition.*

*I- Est-ce qu'il vomit tous les comprimés qu'on lui donne ?*

*M- Oui.*

*I- Et le sirop, il vomit ça ?*

*M- je ne sais pas.*

L'infirmier regarde dans son Vidal pour la posologie et écrit la prescription. Une fois fait, il demande à la mère :

*I- As-tu de l'argent ?*

*M- Non, c'est 1000 francs seulement qu'il m'a remis.*

*I- Et ce n'est pas de l'argent ?*

*M- C'est que souvent les médicaments coûtent plus chers qu'on le pense...*

*I- Tous les médicaments font un total de 475 francs, alors tu as assez.*

Comme ce jour-là le pharmacien n'était pas encore arrivé, l'infirmier sort une boîte de carton et prend les médicaments qu'il fait payer à la dame sur-le-champ. Il lui explique la posologie en traçant une ligne au feutre noir sur le gobelet du sirop de paracétamol selon la dose à donner à son enfant et l'interroge :

*I- Est-ce que tu as compris ce que tu dois donner ?*

*M- Tu dis, un comprimé aujourd'hui, un demain et un demi le troisième jour. Et le sirop, c'est jusqu'au trait une fois le matin et une fois le soir jusqu'à l'apaisement.*

L'infirmier qui semble satisfait avec l'apprentissage de la mère, lui dit au revoir et lui indique où se trouve notre équipe à l'extérieur.

Notre équipe apprend que l'enfant a consulté pour la première fois à l'âge de deux mois pour la fièvre.

L'équipe lui demande alors pour quelle maladie elle consultait aujourd'hui. Elle consultait pour la fièvre de son enfant.



On lui demande ensuite de décrire l'entretien :

*M-Il m'a demandé si l'enfant avait la fièvre et j'ai dit oui.*

*E- Il a demandé autre chose ?*

*M- Oui il m'a demandé, ça a commencé quand. J'ai répondu que ça fait quatre jours.*

*E- Vous a-t-il dit ce qu'avait votre enfant ?*

*M- Non.*

*E- Vous a-t-il donné des conseils, ou a-t-il dit autre chose ?*

*M- Oui, il a dit de passer à l'hôpital [comprendre le CSPS] pour connaître la vraie dose.*

L'interrogeant sur la fonction des médicaments, elle nomme le *sumaya* pour la chloroquine et la fièvre pour le sirop. Concernant la posologie, la mère arrive parfaitement à répéter la posologie des deux produits. Comme, selon la mère, l'infirmier n'avait pas posé de diagnostic, notre équipe lui a demandé comment elle pouvait dire qu'il s'agissait du *sumaya*. Elle a répondu :

*M- Je savais que c'était le sumaya parce que l'enfant vomissait jaune.*

Avant qu'elle ne quitte, notre équipe lui a demandé si l'achat des médicaments qu'elle avait maintenant en sa possession avait été facile. C'est par la négative que cette femme d'un statut socio-économique apparemment relativement faible nous a simplement répondu.

Plusieurs éléments rendent ce cas à la fois représentatif de la réalité et intéressant pour notre étude. Tout d'abord, le facteur socio-économique prend beaucoup de place dans le manque de compétence sanitaire de la part de la mère. On peut voir que la compétence sanitaire traditionnelle d'automédication est présente dans la

démarche thérapeutique. En effet, la mère qui nous a révélé avoir reconnu le *sumaya* a donné la combinaison chloroquine/paracétamol à son enfant.

Cependant, le manque de compétence au niveau de la posologie est aussi présent dans ce cas avec une sous-médication. Âgé de 11 mois, l'enfant aurait dû recevoir au total 2 comprimés et demi. Cependant, l'enfant n'avait reçu qu'un demi comprimé le premier jour, un demi comprimé le deuxième jour et un quart le troisième, pour un total d'un comprimé et trois quarts. Nous savons qu'elle a consulté pour cet enfant alors qu'il était âgé de 2 mois et présentait une fièvre. Nous pouvons supposer que la dose qu'elle a donnée à son enfant de 11 mois en automédication était basée sur la dose prescrite quelques mois plus tôt pour ce même enfant, alors âgé de seulement deux mois. Nous ne pouvons affirmer avec certitude qu'il s'agissait ici d'une forme d'apprentissage de la part de la mère, mais, même si c'était le cas, nous pouvons voir que la compétence sanitaire curative consistant à réduire ou augmenter la dose de médicaments en fonction de l'âge de l'enfant n'a certainement pas été atteinte dans ce cas-ci, par la mère. La seule acquisition de compétence curative possible lors de la rencontre concerne la visite au dispensaire pour une prise en charge adéquate par l'infirmier. En effet, à sa sortie du cabinet, la mère a pu nous mentionner ce conseil donné par l'infirmier de passer par le dispensaire pour connaître la bonne dose de médicaments à donner à son enfant.

Cependant, cette compétence risque d'être minée par des facteurs socioculturels. En effet, selon les dires de la mère, la pauvreté relative du ménage ainsi que l'aspect culturel de prise de décision par le père semblent avoir été les causes principales du retard de trois ou quatre jours de la visite au dispensaire. L'affirmation de la mère concernant l'argent donné par son mari (*as-tu de l'argent ? Non, c'est 1000 francs seulement qu'il m'a remis*) démontre que, pour certains individus, les frais médicaux sont un obstacle dans la démarche curative,

et, dans ce cas-ci, la mère était convaincue que les frais pouvaient être beaucoup plus élevés que la somme qu'elle a réussi à se procurer auprès de son mari.

Encore une fois, l'infirmier n'a pas mentionné la cause proximale de la maladie de l'enfant (le paludisme) au cours de la consultation. Malgré tout, la mère nous a affirmé qu'elle savait que son enfant avait le *sumaya* d'après ses vomissements jaunes, bien que ce soit la fièvre qu'elle ait mentionnée en premier lieu à l'infirmier. Il faut savoir que la fièvre chez un enfant de cet âge est très souvent considérée comme résultant de l'apparition de la dentition chez l'enfant et n'est pas associée systématiquement avec la maladie (Dugas, 2005). Ce serait donc les vomissements de l'enfant, plutôt que la fièvre, qui auraient indiqué la maladie à la mère.

### **Cas 3- Entretien avec une femme venue pour son enfant de 7 ans**

Il est 9h07 le matin et une femme entre avec son fils. Visiblement issu d'une famille à faible revenu, le garçon souffre d'une toux creuse que l'on pouvait entendre depuis son arrivée plus tôt dans la salle d'attente.

La mère est plutôt calme lorsqu'elle explique la raison de sa visite :

*M- Il a le corps chaud et il n'arrive pas à dormir la nuit. Il a aussi des douleurs à la poitrine et il tousse beaucoup.*

D'un ton très ferme, mais calme, l'infirmier demande :

*I- Mais où est son carnet, il faut toujours apporter son carnet, sinon comment je peux faire ?*

Et sans attendre la réponse, il poursuit :

*I- Ça a commencé quand ?*

*M- Avant-hier.*

*I- Tu lui as donné quoi ?*

*M- Du sama.*

Visiblement mécontent, l'infirmier réprimande la mère au sujet du sama, un produit prohibé :

*I- On vous a toujours dit de ne pas acheter du n'importe quoi pour vous soigner avec, si tu avais des complications avec les médicaments par terre, c'est là que tu vas payer cher.*

L'infirmier s'approche alors du garçon et l'ausculte :

*I- Ouvre la bouche et respire fort. Ton ventre te fait mal ?*

*P- Non*

S'adressant maintenant à la mère, il demande :

*I- Est-ce qu'il vomit ?*

*M- Non.*

*I- Est-ce qu'il peut manger ?*

*M- Non, il ne mange pas.*

*I- Est-il allergique à la nivaquine ?*

*M- Non.*

L'infirmier prépare la prescription et demande à la mère :

*I- Tu as amené de l'argent ?*

*M- Non, le soir je vais revenir.*

En remettant la prescription à la mère, il ajoute :

*I- Ton enfant a le paludisme.*

Sans expliquer la posologie, il indique à la mère d'aller rejoindre notre équipe à l'extérieur.

Notre équipe apprend alors que l'enfant a eu sa première consultation à l'âge de trois ans pour un paludisme et des maux de tête.

Interrogeant la mère sur la maladie de son enfant aujourd'hui, elle indique des nausées, de la fièvre, une douleur à la poitrine et une respiration difficile.

On demande alors à la femme de 37 ans de se rappeler la conversation avec l'infirmier :

*M- Il a demandé ce qu'il y a, et j'ai dit que c'était des nausées. Il a aussi demandé s'il mangeait et j'ai dit non.*

*E- A-t-il dit autre chose ?*

*M- Oui, il a demandé s'il pouvait dormir. J'ai dit que non parce qu'il avait la fièvre chaque fois.*

*E- Vous a-t-il dit ce qu'il avait ?*

*M- Non.*

*E- Vous a-t-il dit autre chose ou donné des conseils ?*

*M- Non.*

En terminant, les enquêteurs demandent à la mère si elle a l'intention d'acheter les médicaments prescrits et si c'est facile de les payer. Elle répondit qu'elle n'avait pas l'intention de les acheter tout de suite et qu'elle devait attendre que son mari revienne de voyage. Elle ajoute qu'il sera difficile pour elle de trouver l'argent pour acheter les médicaments nécessaires.

Encore une fois, nous pouvons noter divers facteurs à l'origine du manque de compétence de la mère. Encore une fois, l'automédication est présente, mais avec la différence qu'elle sera réalisée à l'aide du sama, un produit prohibé vendu par les petits marchands de rue. La présence, dans l'environnement des villageois, de produits prohibés à faible coût, concurrence les efforts de sensibilisation des infirmiers concernant le choix des médicaments utilisés.

Les facteurs socio-économiques jouent encore une fois un rôle important dans le présent cas. En effet, la pauvreté et la prise de décision par le père imposent ici le risque que la mère ne revienne pas acheter les médicaments nécessaires pour son enfant et poursuive plutôt avec l'automédication ou la consultation de tradipraticiens.

Lors de la consultation, l'infirmier a mentionné la cause de la maladie à la mère, c'est-à-dire, le paludisme. Cependant, lorsque nos enquêteurs lui ont demandé si l'infirmier lui a dit ce dont son enfant souffrait, elle a répondu par la négative. La prise du sama plutôt que de la nivaquine ou un autre antipaludique indique que l'acquisition de la compétence à reconnaître le paludisme n'a peut-être pas été réalisée pendant la consultation. De plus, comme la posologie n'a pas été expliquée à la mère, des erreurs de posologie sont à craindre en cas d'automédication.

### **Conclusion de l'espace médical**

Un peu partout dans le district sanitaire de Nouna on peut retrouver des CSPS comme autant de mains tendues vers les villageois pour leur offrir des soins de santé. Le travail des infirmiers y est très humain et ceux-ci ont développé une méthode de travail tout à fait adaptée à la réalité urbaine et villageoise.

Et cette réalité, ils la connaissent bien et ils nous en ont dressé un très juste portrait. Ils connaissent bien leurs habitudes de vie leur faisant courir le risque d'attraper le paludisme, comme le fait de s'attarder le soir dehors avec une calebasse de dolo. Ils connaissent aussi leur tradition de toujours pratiquer d'abord l'automédication avec parfois des plantes, parfois des « médicaments de blancs » ou avec des médicaments de rue, des médicaments achetés par terre dans les marchés au grand dam des infirmiers, qui leur répéteront sans fin, semble-t-il, que c'est très mauvais pour eux. Mais ils connaissent aussi leur pauvreté qui ne leur fait acheter qu'une partie seulement de la posologie. Ils connaissent même la pauvreté et la culture qui poussent l'agent de santé villageois à donner des médicaments qu'il devrait vendre ou à ne vendre que ce que le malade ou sa famille peut payer, même si la dose n'est « pas arrivée » selon le nombre de comprimés réellement nécessaire.

Mais à tous coups, tels des parents autoritaires, mais aimants à la fois, ils accueillent encore aujourd'hui leurs patients qui ont peut-être encore tardé à venir, leurs amis qui ont d'abord tenté d'éviter cette dépense qui tombe toujours à un mauvais moment, alors que les cultures viennent à peine d'être semées ou que le temps des récoltes n'est pas encore tout à fait arrivé. Ils les grondent pour qu'ils apprennent enfin à ne plus mettre leur vie en danger, ni celle de leurs enfants.

Enfin, juste encore une fois avant qu'ils quittent leur bureau, ils leur demandent de répéter la posologie parce qu'ils savent bien qu'une fois hors du bureau,

amenant avec eux les comprimés dans un sachet, ce n'est plus leur propre compétence d'infirmier qui compte, mais plutôt la compétence médicale qu'ils ont tenté d'inculquer à leurs protégés au cours des quinze minutes qu'ils ont passées en leur compagnie.

Mais lorsque l'infirmier s'est adressé à son patient et a tenté de lui inculquer des connaissances ou des compétences médicales, c'est dans le dialogue de deux épistémologies. Pour l'infirmier qui provient de la région, du village où il pratique la médecine, le passage de l'épistémologie biomédicale à la conception traditionnelle est encore possible quoique le message perdra d'un côté comme de l'autre un peu de son sens. Traitant de la problématique du dialogue scientifico-religieux, Downs (2001) nous parle de l'effort devant être déployé lors de la rencontre épistémologique :

« Dans la mesure où science et théologie se présentent comme des efforts interprétatifs, l'un empruntant les modalités d'une connaissance empirico-formelle falsificationiste [réfutable] et intersubjective du réel, l'autre se penchant sur la foi en tant qu'expérience subjective existentielle, il faut tenter de dégager une approche systémique qui puisse chapeauter sur le plan épistémologique le dialogue entre les deux, un système qui permette d'articuler avec prudence les niveaux respectifs de ces différents types de discours, et de faire valoir la complémentarité dans la différence » (Downs, 2001).

Ainsi, le dialogue est possible entre la science et la théologie malgré leur différence épistémologique. Comme nous avons pu le voir, le dialogue est aussi possible entre médecins et patients malgré leurs évidentes dissemblances en termes d'épistémologie médicale et bien que nous ayons vu la difficulté que peuvent avoir les infirmiers à éduquer leurs patients. La question est maintenant de savoir comment permettre une meilleure articulation de ces discours afin de favoriser le transfert de connaissances et de compétences des infirmiers aux patients sans pour autant tenter d'assimiler ou d'annihiler le discours de l'un au



profit de la construction épistémologique de l'autre. Fassin (1992), étant à la fois médecin et anthropologue, s'est résolu à adopter une approche à la fois étique et émique du discours médical :

« D'une part, ma formation médicale m'amenait à rechercher derrière la dispersion et la fragmentation apparentes du discours des thérapeutes et des malades, des éléments du savoir positif de la biomédecine : consciemment ou non, je me mettais à décrypter les histoires de maladie pour leur donner une plus grande lisibilité médicale et à organiser le savoir traditionnel pour lui conférer la rigueur d'une nosographie. Tendances positivistes dont on verra plus loin qu'elles se sont heurtées à la réalité plus riche et plus complexe de mes interlocuteurs, me conduisant ainsi à reconsidérer les catégories que j'avais ainsi imposées : la formation de médecin jouait ainsi comme un obstacle épistémologique dont la prise en compte pouvait devenir féconde » (Fassin, 1992).

La solution réside donc dans la prise en compte par les soignants des différentes épistémologies en présence dans la construction d'un discours compatible avec la logique médicale des patients. Bien qu'il faille à tout prix éviter de diluer la validité du discours biomédical puisqu'il demeure souhaitable de le voir répandu davantage dans la population, il ne faut pas perdre de vue qu'à l'heure actuelle, une portion encore importante de la population tient pour valide un tout autre discours de la maladie et, ignorer ceux qui n'adhèrent pas rapidement au discours biomédical, c'est oublier à qui s'adressent les efforts sociosanitaires réalisés.

Sillonville (1988), dans son ouvrage traitant de l'éducation pour la santé chez les Bamileke, intitulé *Nos enfants vivront*, raconte les objections qu'il a rencontrées de la part de la communauté médicale, alors qu'il désirait prendre action par une éducation sanitaire adaptée à la population camerounaise :

« Devant une assemblée de trente médecins camerounais, je parle de notre campagne d'éducation et de la formation de bénévoles. C'est un tollé général.

- « Vous faites une vulgarisation de la médecine qui est indéfendable...
- Je vous répète que les éducateurs sanitaires ne font aucun soin, cela leur est interdit.
- Le savoir médical tombé entre des mains profanes sera mal interprété.
- Ce n'est pas question de science médicale, répliquai-je, mais seulement d'expliquer sommairement d'où viennent les vers intestinaux ou le paludisme, comme on le fait à l'école, afin que les gens comprennent mieux les mesures de prévention.
- Cela risque d'être dangereux pour les malades »...

L'opposition ne faiblit pas. C'est pis encore quand j'annonce que des guérisseurs se sont ralliés à l'éducation sanitaire. Je suis mis à l'index par tous, à quelques exceptions près. Je me demande comment dans leurs zones ces médecins pratiquent l'éducation. Certainement en énonçant de vagues généralités ou en ordonnant : il faut faire ceci, il faut faire cela. C'est pourquoi l'éducation sanitaire est mal partie » (Sillonville, 1988)

Cette adaptation du discours médical, que certains appellent de la vulgarisation, il faut éviter de croire que les patients peuvent la recevoir comme on reçoit du vin dans une coupe vide. La coupe est déjà bien remplie et son contenu doit être évalué avant de songer à y ajouter quoi que ce soit. La peur que ressentent ces médecins est cependant tout à fait légitime lorsque l'on songe aux ravages de l'automédication actuellement pratiquée par la population et les répercussions très néfastes d'une telle pratique.

Dans les chapitres suivants, nous allons entrer plus profondément dans l'univers médical traditionnel afin de déceler les points communs et divergents des épistémologies médicales occidentales et traditionnelles susceptibles de permettre une meilleure approche éducative de la prévention et des soins du paludisme. Dans le prochain chapitre nous explorerons l'espace scolaire où a lieu la confrontation entre les savoirs traditionnels et les savoirs biomédicaux.

## **CHAPITRE 5**

### **ESPACE SCOLAIRE**

Pour un pays comme le Burkina Faso, les effets du paludisme sur les ressources humaines et la scolarité des enfants par absentéisme chronique sont importants, surtout si on considère que ce pays affiche déjà des statistiques décevantes dans plusieurs sphères publiques et plus particulièrement au niveau éducatif.

Selon le rapport 2006 de l'UNESCO, le Burkina Faso affiche un taux net de scolarisation primaire de 36,6 %, un taux de survie à la cinquième de 66,2 % (c.-à-d., le nombre d'élèves inscrits en cinquième année primaire (CM1) divisé par le nombre d'élèves inscrits en première année (CP1), multiplié par cent) et un taux d'alphabétisation de 18 % avec de fortes disparités entre les sexes ainsi qu'entre les milieux urbains et ruraux (UNESCO, 2006).

Outre ces statistiques de base, le programme « Éducation pour tous » (EPT) de l'UNESCO, a créé un indicateur, l'Indice du Développement de l'Éducation pour tous (IDE) combinant quatre indicateurs de l'EPT soit : 1- L'Enseignement Primaire Universel (EPU); 2- l'alphabétisation des adultes; 3- la parité entre les sexes; et 4- la qualité de l'éducation (Taux de survie à la cinquième année du primaire).

Créé dans le but de noter la progression de 127 pays selon les objectifs de l'EPT, l'IDE nous renseigne aussi sur la position de chacun des pays les uns par rapport aux autres. Pour un pays donné, la valeur de l'IDE est la moyenne des valeurs observées pour chacun des quatre indicateurs. Plus la valeur de l'IDE correspondant à un pays est proche du maximum (1,000 ou 100 %), plus grande est alors la réalisation de l'EPT et plus ce pays est proche de l'objectif de l'EPT (UNESCO, 2002).

Dans le rapport mondial de suivi de 2006 de l'Éducation Pour Tous, le Burkina Faso est classé, selon l'IDE, dans le troisième et dernier groupe, aussi appelé groupe à faible IDE. Les 35 pays figurant dans ce groupe (dont 22 sont situés en Afrique subsaharienne) sont dits « très loin d'atteindre les objectifs de l'EPT ». (UNESCO, 2005)

**Tableau 3. Indice du Développement de l'Éducation pour tous et ses indicateurs pour le Burkina Faso**

	Rang selon le niveau de l'IDE	120/121 (Faible IDE)
<b>IDE</b>	<b>Indice du Dévelop. de l'Éducation pour tous</b>	<b>0,443</b>
1	L'enseignement primaire universel (EPU)	0,366
2	L'alphabétisation des adultes	0,128
3	Parité entre les sexes	0,614
4	La qualité de l'éducation	0,662

Sources : UNESCO, 2005

Le Burkina Faso se classe 120e sur 121 selon cet index. Le tableau ci-dessus nous révèle, pour le Burkina, un indice de l'enseignement primaire (EPU) et une alphabétisation des adultes très faible avec des indices respectifs de 0,336 et 0,128, ainsi que des indices de parité entre les sexes et de qualité de l'éducation moyennement faible de 0,614 et 0,662.

Il y a lieu, à la lecture de ces résultats, de s'inquiéter du niveau de l'éducation des mères burkinabés (Objectifs 2 et 3) qui sont, nous l'avons vu au chapitre précédent, les premières intervenantes en santé pour leurs propres enfants. Le taux de survie à la cinquième de 66,2 % (Objectif 4) inquiète aussi puisque c'est trois ans plus tard, soit en cinquième du secondaire, deuxième année du BEPC, que le programme de SVT (sciences de la vie et de la terre) présente pour la première fois aux élèves le *Plasmodium falciparum*, responsable du paludisme. Nous y reviendrons.

### **Structure du système éducatif burkinabé**

La structure du système éducatif burkinabé est organisée en deux sous-systèmes, le système formel et le système non formel. Le sous-système qui nous intéresse ici est le système formel comprenant l'enseignement de base, l'enseignement secondaire et l'enseignement supérieur.

L'enseignement de base comprend 1- l'éducation préscolaire pour les enfants de 3 à 6 ans (un cycle unique de trois ans) et 2- l'enseignement primaire pour les enfants de 7 à 13 ans. L'enseignement primaire se subdivise en trois cours. Le cours préparatoire (CP1 et CP2), le cours élémentaire (CE1 et CE2) et le cours moyen (CM1 et CM2) au terme duquel l'enfant reçoit le diplôme du CEP. Le MEBA (Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation) est le ministère responsable de ces niveaux d'enseignement.

L'enseignement secondaire concerne les élèves de 13 à 19 ans et comprend deux cycles. Le premier cycle a une durée de 4 ans et comprend, dans l'ordre, les classes de sixième, cinquième, quatrième et troisième. Au terme de ces quatre années d'étude, l'élève recevra le diplôme du BEPC. L'élève pourra poursuivre ses études de deuxième, première et terminale pour l'obtention du BAC (MEBA, MESSRS, 2004).

Depuis 1989, le ministère responsable de l'enseignement secondaire, autrefois le Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation de Masse (MEBAM), est le Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS), créé à partir du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS).

Au programme de l'enseignement secondaire du premier cycle nous retrouvons 8 disciplines, soit : 1- l'allemand, l'anglais, le français, l'histoire et géographie, les mathématiques, la chimie/physique, l'éducation physique et sportive, et les sciences de la vie et de la terre.

C'est dans le cadre de cette dernière discipline, communément appelée SVT, que les élèves ont la chance de se familiariser avec le paludisme. Malheureusement, ceci signifie aussi que le paludisme, son agent causal, le *Plasmodium falciparum*, et sa lutte préventive et curative ne sont vus pour la première fois, selon le programme du MESSRS, qu'à partir de la cinquième du secondaire. Il fait une deuxième apparition deux ans plus tard, au programme de la troisième du niveau secondaire.

**Pourquoi avoir choisi d'étudier l'apprentissage du paludisme dans des classes de 5<sup>ème</sup> de deux écoles de la zone de recherche ?**

Comme nous venons de le voir, le paludisme est étudié par les élèves pour la première fois dans la classe de cinquième. Comme peu d'élèves vont au-delà de la cinquième, (ce qui est encore plus vrai pour les filles que pour les garçons), ce qu'ils vont y apprendre prend beaucoup plus d'importance que ce qu'ils pourraient apprendre au-delà, en troisième par exemple ou en classe de médecine toujours réservée à l'élite.

Nous avons choisi une institution catholique semi-privée, le Collège Charles Lwanga (CCL) et une institution publique, le Lycée Provincial de Nouna (LPN), deux des plus importantes institutions scolaires de la zone de recherche. Bien que l'une soit semi-privée et l'autre publique, plus de 80 % des élèves du CCL proviennent de familles villageoises défavorisées. On peut donc supposer que les deux institutions accueillent approximativement le même type de clientèle et qu'ainsi, à des fins d'analyses, l'amalgame des réponses données par les élèves est possible.

Notre but n'était pas de comparer ces institutions d'enseignement secondaire, mais plutôt de comprendre l'idée que peuvent se faire ces jeunes du paludisme avant et après le cours prévu au programme de SVT du ministère de l'éducation. Nous avons donc pu apprécier la nature des connaissances et des compétences des élèves au sujet du paludisme et vérifier l'assimilation de nouvelles informations dispensées par le système scolaire.

Avec la participation des enseignants, nous avons pu comprendre la position prise par le système éducatif par rapport à certaines questions liées directement à l'acquisition de compétence en santé par les jeunes lycéens, comme la question de l'automédication.

Nous avons pour objectif de poser nos questions à une centaine d'élèves de 5<sup>ème</sup>, mais nous avons eu l'agréable surprise d'apprendre que de nombreux professeurs étaient intéressés par ce projet pour leurs élèves. Nous avons recueilli en tout les réponses de 215 élèves, dont 207 élèves ayant répondu aux deux administrations du questionnaire.

Notre échantillon était composé d'élèves provenant de plusieurs groupes ethniques, dont, par ordre d'importance, les Markas (66 élèves, 30,7 %), les Bwabas (64 élèves, 29,8 %), les Mossis (32 élèves, 14,9 %), les Samos (30 élèves, 14 %), les Peulhs (10 élèves, 4,7 %) et quelques autres ethnies minoritaires (13 élèves, 5,9 %).

Dans notre échantillon, nous avons 37,7 % de filles et 62,3 % de garçons. Nous avons 41 redoublants sur les 215 élèves (19,1 %), dont 17 filles (26,6 % des filles) et 24 garçons (21,8 % des garçons), ce qui est relativement important principalement chez les filles, avec plus d'un quart de redoublantes. Nos élèves étaient âgés entre 13 et 19 ans, avec près de la moitié des élèves âgés de 15 et 16 ans (25,1 % et 23,3 %).

Afin de bien comprendre le système, mais surtout pour avoir le point de vue des acteurs du système d'éducation, nous avons discuté avec quatre professeurs du CCL et du LPN. Étant donné la nature parfois critique de leur propos à l'égard du programme du ministère de l'Éducation, nous avons volontairement omis de les identifier, cela afin d'éviter toutes représailles de la part de leurs employeurs.

Nous les avons d'abord interrogés sur le contenu du cours portant sur le paludisme. Aussi, comme l'entretien s'est déroulé après la passation, dans leurs classes respectives, des cinq questions sur le paludisme nous leur avons demandé de commenter les connaissances de base des élèves et l'effet de ce cours sur les



connaissances et les compétences de ces derniers. Nous reviendrons cependant sur ce point après avoir présenté les résultats de ce questionnaire.

### **Le programme du cours sur le paludisme**

Le programme du cours sur le paludisme est très similaire dans les deux institutions. Cependant, il y a d'après nos analyses du contenu et selon les professeurs interrogés, quelques petites différences entre le contenu de l'une et de l'autre que nous verrons plus en détail dans la section présentant les résultats aux cinq questions.

Les élèves voient d'abord les symptômes (appelé aussi « signes ») de la maladie. On retrouve ensuite l'agent causal du paludisme et le mode de transmission. En troisième lieu, le Lycée Provincial de Nouna présente le cycle de développement du *Plasmodium*. Ils voient ce cycle chez l'homme ainsi que chez l'anophèle femelle. Les deux institutions présentent l'anophèle femelle qui est le vecteur du paludisme. Ensuite, les élèves se familiarisent avec les deux formes de lutte contre la maladie soit : la lutte curative et la lutte préventive.

Nous avons demandé aux professeurs de nous parler du contenu de ce cours et s'il y avait eu, à leur connaissance, quelques modifications que ce soit du cours traitant du paludisme au cours des années. Concernant le cours, un professeur nous a rappelé qu'il n'y avait pas pour le moment de manuel scolaire à proprement parler, comme c'est le cas pour les cours de français par exemple. C'est le professeur qui décide, « [...] à partir d'un plan de cours très vague et en évitant les mots lourds » (un professeur), ce qu'il présentera aux élèves de sa classe.

Certains professeurs nous ont révélé que la version du cours qu'ils utilisaient à titre d'exemple pouvait dater d'une quinzaine d'années, et qu'elle était, à leur avis, « vieille et incomplète » (un professeur). Ils ont aussi mentionné que le cours de SVT bénéficierait d'avoir plus de schémas explicatifs, qui ont l'avantage de bien synthétiser la matière et de la rendre de façon visuelle, comme le schéma du cycle du *Plasmodium falciparum*, présenté aux enseignants il y a un peu plus de cinq ans à Ouagadougou, lors de la présentation du nouveau programme d'enseignement.

Parmi les éléments « manquants », certains d'entre eux ont souligné le fait que l'on avait mis de côté la pharmacopée traditionnelle pourtant très utilisée, comme nous pourrions le constater aux chapitres suivants dans lesquels nous traitons de l'espace familial et tradithérapeutique, dans les soins du paludisme. À leur avis, il serait important que les élèves connaissent les plantes locales utiles :

« Aucune place n'est laissée au programme sur le paludisme pour traiter de l'automédication, même si on sait très bien qu'il y a des plantes qui sont très bonnes pour le paludisme. On devrait pouvoir parler d'automédication, par exemple : qu'il ne faut pas prendre le produit par terre [vendu dans les petits kiosques de rue], mais que les feuilles de papayer, c'est bien » (un professeur).

D'ailleurs, des chercheurs du CNRS en Guyane auraient découvert dans la tisane de Quassia, qui est régulièrement utilisé par la communauté pour combattre divers maux, une molécule comparable à celle de l'artémisine (composé antipaludique de prédilection à l'heure actuelle). Mais l'un d'entre eux précisait : « On doit éviter l'automédication. Avec la goutte épaisse, c'est plus sûr, il y a des maladies qui se ressemblent » (un professeur). Cependant, comme nous avons pu le voir au chapitre précédant traitant de l'espace médical, ce test de la goutte épaisse n'est commandé par le médecin qu'en de rares occasions, puisqu'il constituerait autrement un sérieux frein à l'utilisation des services de santé à cause des moyens

financiers souvent limités des consultants. « Il nous est interdit de donner le nom d'un antipaludique ou d'un autre médicament en classe » nous dit un professeur. « Il n'y a rien sur l'automédication, il manque les comportements à tenir, on ne peut pas parler d'automédication, seulement de la goutte épaisse et de la visite au médecin pour une prise en charge adéquate » ajoute un autre professeur. L'automédication, dont la pratique est généralisée et dénoncée à la fois par les tradipraticiens et les médecins qui souhaitent voir les patients arriver plus rapidement pour une consultation et ainsi éviter de voir la maladie dégénérer par un traitement inadéquat, est un sujet interdit dans l'environnement scolaire.

Connaissant le paradoxe dans l'évocation de l'automédication dans les classes, nous leur avons demandé s'ils étaient d'accord avec les orientations données par le programme concernant l'automédication et avec l'interdiction d'en discuter en classe :

« Non, je ne suis pas d'accord, parce que les élèves doivent se sentir concernés pour faire quelque chose de concret, il ne faut pas que raconter une histoire. Il faut les sensibiliser en tant qu'acteur et pas seulement à prendre des notes théoriques sur le bureau. Mais, on peut faire des allergies, seul un médecin peut savoir. Mais les élèves devraient aussi apprendre cela. Heureusement, dans toutes les écoles, il y a des infirmeries pour donner des médicaments aux élèves » (un professeur).

Un autre professeur ajoute :

« Si on changeait quelque chose, il y aurait plus de responsabilités de la part des professeurs. Actuellement, nous sommes des robots. C'est une réforme que cela demande, si on veut pouvoir expliquer aux élèves, il faut une réforme. L'automédication, on le sait, c'est la règle, mais l'État a peur d'officialiser cela. Ce serait comme en faire la promotion. Mais il y a les risques aussi [de l'automédication], ça, il faudrait l'expliquer aux élèves » (un professeur).

Comme le rappelle ce dernier professeur, « l'automédication, c'est la règle » dans les pratiques de la communauté. Mais pour le ministère de l'Éducation, c'est le silence au sujet de l'automédication qui est la règle et on peut aisément comprendre pourquoi.

Avant de continuer avec les réponses données par les élèves, il faut garder à l'esprit que l'automédication par les plantes ou la consommation de médicaments de rue par exemple, est certainement la première compétence acquise en milieu informel dans le soin du paludisme, soit le milieu familial. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans les chapitres suivants. Nous pourrions aussi noter que les notions sur le paludisme, chez les élèves n'ayant jamais suivi le cours, laissent supposer que les efforts en santé publique pour l'éducation du paludisme dans la communauté ont eu un réel impact sur la croyance des élèves sur la part de responsabilité du moustique dans le paludisme ainsi que l'importance de la moustiquaire pour le prévenir. Voyons donc ce que donne la juxtaposition des connaissances et compétences préventives et curatives enseignées au lycée sur les connaissances et compétences préexistantes.

### **Les cinq questions à développement avant et après le cours**

Dans toutes les classes de 5<sup>ème</sup> participantes, un questionnaire (annexe 5) a été distribué par les professeurs avant le cours portant sur le paludisme (*Les maladies dues aux protozoaires invertébrés*) et quelque temps après, soit environ deux semaines après le cours.

L'idée derrière cet exercice était de savoir ce que les élèves connaissaient du paludisme avant le cours, donc ce qu'ils ont pu apprendre de façon plus ou moins formelle dans leur communauté, et de pouvoir ensuite comparer ce savoir avec le savoir enrichi par le cours de cinquième sur le paludisme.

Les cinq questions visaient aussi à comparer la qualité des connaissances apprises, aux compétences qu'on tente de leur inculquer par une meilleure gestion de leur santé et de l'environnement. Ainsi, les questions « qu'est-ce qui cause le paludisme ? » et « quels sont les symptômes du paludisme ? » font référence à la connaissance, au « quoi » du paludisme. Les questions « comment soigne-t-on le paludisme ? » et « comment prévient-on le paludisme ? » font référence au savoir-agir, au « comment », à la compétence à gérer le paludisme au quotidien. La question « qu'est-ce que le paludisme ? » ne servait ici qu'à baliser leur conception même de paludisme.

Nous présenterons les résultats en termes de fréquence et de pourcentage. Parmi les variables sociodémographiques enregistrées au moment de la passation des questionnaires : l'ethnie, l'âge, le sexe et l'état de redoublant (ou non-redoublant), nous n'avons conservé que l'état de redoublant/non-redoublant. Les autres variables ne se sont pas révélées statistiquement significatives dans nos premières analyses.

Cependant, il faut savoir que, parmi les redoublants, il y a une plus grande proportion de filles. En effet, dans notre échantillon, 1 fille sur 4 est redoublante, alors que l'on retrouve 1 garçon sur 5 qui est redoublant. De plus, les premières sont plus faiblement représentées dans notre échantillon dû au ratio lié au genre (1 fille pour 1,7 garçon). Ainsi, bien que la variable de genre ne soit pas fortement ressortie de nos analyses, il faut garder à l'esprit dans la lecture des résultats, que les redoublants comptent pour un peu plus du quart de toutes nos élèves féminines, considérant qu'elles ne sont déjà pas très nombreuses sur les bancs d'école.

**Question 1 : Qu'est-ce que le paludisme ?**

Comme nous venons de le mentionner, cette question visait à savoir selon quels concepts l'élève pouvait parler du paludisme.

Avant le cours, les élèves vont parler davantage de la gravité de la maladie, de son caractère contagieux ou transmissible, ou du moustique qui est impliqué dans la maladie. Ils vont parfois parler des symptômes du paludisme ou de l'écosystème associé.

Après le cours, le lien entre le paludisme et le sang apparaît. Le *Plasmodium falciparum*, le protozoaire et l'anophèle femelle sont nommés pour la première fois par les non-redoublants, certains vont même jusqu'à donner les mesures du protozoaire (2  $\mu$  de long). La piqûre du moustique devient beaucoup plus présente dans le contexte de la transmission de la maladie.

Les causes ultimes, comme la piqûre de l'anophèle ou le protozoaire *Plasmodium*, deviennent donc, après le cours donnée par les professeurs, plus importantes que les causes proximales ou ses effets comme le moustique, l'écosystème ou la gravité de la maladie.

**Question 2 : Qu'est-ce qui cause du paludisme ?**

Au niveau des causes du paludisme, le programme scolaire leur enseigne que : « le paludisme est dû à un protozoaire parasite, le *Plasmodium falciparum*. Le *Plasmodium falciparum* est transmis à une personne saine par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle ».

21 causes différentes ont été mentionnées par les élèves avant le cours, et 22 causes ont été mentionnées après le cours. Ces causes sont essentiellement les mêmes, seule la fréquence de leur citation varie avant et après le cours.

**Tableau 4. Causes du paludisme avant le cours**

Causes	Redoublant (41)		Non-redoublant (174)		Total (215)	
	n	%	n	%	n	%
Moustique	16	39 %	92	52,9 %	108	50,2 %
Anophèle femelle	23	56,1 %	67	38,5 %	90	41,8 %
<i>P. falciparum</i>	6	14,6 %	19	10,9 %	25	11,6 %
Piqûre	1	2,4 %	23	13,2 %	24	11,2 %
Eau sale	2	4,9 %	11	6,3 %	13	6,0 %
Mouche	1	2,4 %	10	5,7 %	11	5,1 %
Parasites	3	7,3 %	15	8,6 %	18	8,4 %
Autre causes	2	4,9 %	36	20,7 %	38	17,7 %

Parmi les causes les plus fréquemment mentionnées avant le cours, nous trouvons en première place le moustique. Il a été mentionné à 108 reprises par les élèves, ce qui représente 50,2 % d'entre eux. Ce sont principalement les non-redoublants qui ont mentionné cette cause avec une fréquence de 92, soit 52,9 %, par opposition, avec seulement 39 % des redoublants (16 mentions du moustique) qui ont invoqué cette cause. Ces derniers ont mentionné dans une plus large mesure l'anophèle femelle (56,1 % des redoublants) alors que seulement 38,5 % des non-redoublants en ont fait mention. C'est donc avec plus de précision, c'est-à-dire en nommant l'espèce et le genre (anophèle femelle), que les redoublants ont nommé le vecteur du paludisme.

Le *Plasmodium falciparum* ainsi que sa transmission par la piqûre du moustique ont été mentionné à 25 reprises pour le *Plasmodium* et à 24 reprises pour la piqûre du moustique, comme étant les causes du paludisme. Le *Plasmodium* a davantage

été nommé par les redoublants, alors que la piqûre a plutôt été nommée par les non-redoublants, avec 14,6 % des redoublants contre 10,9 % des non-redoublants pour le *Plasmodium* et 13,2 % des non-redoublants contre seulement 2,4 % des redoublants pour la piqûre de moustique.

Trois autres causes du paludisme ont été nommées à plusieurs reprises malgré le fait que ce soit de fausses causes du paludisme. Il s'agit : de l'eau sale, de la mouche et de divers parasites responsables d'autres maladies comme le bacille de Koch, l'*Entamoeba histolytica* ou le trypanosome, pour ne nommer que ceux-là. L'eau sale a été mentionnée à 13 reprises (6 % des élèves) et surtout par des non-redoublants (11 des 13 reprises, 6,3 % des non-redoublants). La mouche a été citée 11 fois par l'ensemble des élèves dont 10 des 11 mentions provenaient des élèves non-redoublants (5,7 %). Les autres parasites ont été nommés 18 fois (8,4 % des élèves) dont à 15 des 18 reprises par les non-redoublants (8,6 % des non-redoublants). Ces fausses causes ont donc été nommées plus fréquemment par les non-redoublants, c'est-à-dire par les élèves n'ayant jamais suivi le cours sur le paludisme.

Parmi l'ensemble des réponses fournies dans une moindre proportion par les élèves, on retrouve en ordre décroissant de fréquence : le froid (7), la contamination du sang (7), les aliments (5), les autres insectes que les mouches et les moustiques (4), la malpropreté de l'environnement (3), la malpropreté corporelle (2), la consommation d'eau (2), les protozoaires (2), la consommation d'alcool (1), le manque de médicament (1), la pauvreté (1), le soleil (1), le vent et la poussière (1) et la fatigue (1). Mis à part l'eau sale qui a été nommée à deux reprises par les redoublants, l'ensemble des réponses erronées a été fourni par les élèves non redoublant.

On peut noter que les redoublants semblent avoir bénéficié de la répétition des notions par la reprise de ce cours de SVT qu'ils reçoivent pour la deuxième fois,



puisque la proportion de réponses erronées a relativement diminué et que la précision dans les causes nommées était beaucoup plus importante chez les redoublants que chez les non-redoublants n'ayant jamais suivi ce cours.

Après le cours, on constate rapidement que la cause proximale que constitue le moustique, vecteur du paludisme, fait place à la cause ultime, le protozoaire *Plasmodium falciparum*, responsable de l'accès palustre ou de l'accès pernicieux (neuropaludisme, aussi appelé paludisme grave).

De 108 mentions du moustique par l'ensemble des élèves, on est passé à 57 mentions, et de 90 mentions de l'anophèle à 74 mentions. Toujours pour l'ensemble des élèves le *Plasmodium falciparum*, le protozoaire qu'il représente et la contamination par la piqûre du moustique passeront respectivement de 25 mentions à 135 mentions par l'ensemble des élèves pour le *Plasmodium*, de 2 mentions à 32 mentions pour le protozoaire, et de 24 à 69 pour les mentions de piqûre et de contamination sanguine. Ces résultats donnent l'impression d'une survalorisation des causes apprises de façon plus rationnelle, comme le *Plasmodium* qui ne saurait être appris par la seule expérience, à cause de sa complexité systémique, au détriment de causes apprises par l'expérience empirique comme le moustique, qui deviennent presque trop communes aux yeux de ces enfants ayant le privilège de recevoir une éducation scolaire plus rationnelle ou scientifique.

**Tableau 5. Causes du paludisme avant-après**

Cause	(n) avant le cours	(n) après le cours
Moustique	108	57
Anophèle	90	74
<i>P. falciparum</i>	25	135
Protozoaire	2	32
Piqûre et contamination	24	69

Parmi les causes évoquées avant le cours par les élèves, mises à part celles que nous venons de mentionner, seuls sont restés : l'eau sale (3), la malpropreté environnementale (2), les mouches (1) et les aliments (1) et seulement par les non-redoublants, sauf pour l'eau sale mentionnée par un seul redoublant.

Encore une fois, on peut constater que les redoublants ont beaucoup bénéficié de cette répétition des notions enseignées sur le paludisme dans l'amélioration de leurs connaissances.

### **Question 3 : Quels sont les symptômes du paludisme ?**

Cette question sur les symptômes du paludisme, qui a été posée aux élèves, a donné sans doute les résultats les plus intéressants lorsque l'on s'intéresse à l'acquisition de connaissances et compétences d'un point de vue socioconstructiviste. En Afrique subsaharienne, tous les individus ont été confrontés, un jour ou l'autre, aux symptômes du paludisme. Souvent à plusieurs reprises au cours de leur vie, tantôt parmi les membres de leurs familles, tantôt parmi les gens de leur entourage.

Au niveau de la connaissance des symptômes, il s'agit ici d'un apprentissage clairement de nature empirique. L'expérience de son propre paludisme et du paludisme des gens qui nous entoure ainsi que les discussions que peut générer un épisode de maladie dans la communauté semblent fixer au sens constructiviste la connaissance des symptômes du paludisme.

Que ce soit les guérisseurs, les médecins, les familles ou les élèves, tous s'accordent pour dire que le paludisme se manifeste par des symptômes tout à fait personnalisés chez les individus. Lors d'un entretien informel avec un élève, ce dernier nous racontait qu'il s'était présenté au dispensaire pour des douleurs

musculaires et des courbatures accompagnées de vomissements. Ces symptômes font partie des symptômes enseignés dans le cadre du cours sur le paludisme. Cependant, il a eu du mal à croire le diagnostic de paludisme posé par l'infirmier. Ce dernier a dû lui expliquer que le paludisme ne se manifeste pas toujours que par des céphalées accompagnées de fièvres, symptômes qu'il rencontrait habituellement lors de ses épisodes palustres. Ce n'est qu'après avoir été soulagé de ses douleurs par des médicaments antipaludiques qu'il a finalement adhéré à ce que lui disait l'infirmier lors de la consultation.

L'apprentissage scolaire de l'ensemble des symptômes du paludisme prend donc, dans cet exemple, toute son importance. Il faut aussi savoir qu'il n'existe pas de symptôme pathognomonique du paludisme, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de symptôme caractéristique qui pourrait seul être suffisant pour identifier une affection d'origine palustre. Cependant, l'OMS, entre autres, préconise le traitement présomptif du paludisme dans tous les cas de fièvre chez un individu (OMS, 2000).

Dans le cadre du cours sur le paludisme, les symptômes enseignés aux élèves sont : 1-les maux de tête, 2- les malaises généraux, les douleurs et les courbatures, 3- la fièvre intermittente accompagnée de frissons, de chaleur, de sueurs, 4- la perte d'appétit et 5- les nausées et vomissements.

**Tableau 6. Symptômes du paludisme avant le cours**

Symptômes	Redoublant (41)		Non-redoublant (174)		Total (215)	
	n	%	n	%	n	%
Fièvre	30	73,2 %	84	48,3 %	114	51,6 %
Nausées/vomissement	26	63,4 %	66	37,9 %	92	42,8 %
Maux de tête	22	53,7 %	63	36,2 %	85	39,5 %
Perte d'appétit	13	31,7 %	53	30,5 %	66	30,7 %
Douleur/courbature	6	14,6 %	10	5,7 %	16	7,4 %
Autres symptômes	25	61,0 %	91	52,3 %	116	54,0 %

Tout d'abord, chez les non-redoublants, c'est la fièvre qui a été nommée avec la plus grande fréquence soit à 84 reprises (par 48,3 % des non-redoublants). Viennent ensuite les nausées et les vomissements avec 66 mentions (37,9 % des non-redoublants) et les maux de tête mentionnés par 36,2 % des non-redoublants (63 reprises). La perte d'appétit et l'amaigrissement sont mentionnés par 30,5 % des non-redoublants (53). Ce sont les malaises généraux, douleurs et courbatures qui sont les moins souvent mentionnés avec seulement 5,7 % des non-redoublants (10). Toujours chez les non-redoublants, des symptômes qui ne sont pas spécifiquement associés au paludisme ont été mentionnés à 91 reprises, ce sont donc 52,3 % des non-redoublants qui ont mentionné des symptômes propres à d'autres maladies, comme les fissures anales, le sang dans les selles, les sensations de brûlure au niveau de l'anus, la rougeur des yeux, le nez qui coule et la fièvre jaune (sic) pour ne nommer que ceux-là.

Chez les redoublants nous retrouvons la mention de l'ensemble de ces symptômes dans des proportions légèrement plus élevées avec mention de la fièvre chez 73,2 % des redoublants, les nausées et vomissements chez 63,4 % d'entre eux, les maux de tête mentionnés par 53,7 % des redoublants, la perte d'appétit et l'amaigrissement par 31,7 % des élèves redoublants et les malaises, douleurs et courbatures par 14,6 % d'entre eux.

Fait à souligner, nous retrouvons davantage de symptômes non associés au paludisme par les redoublants, soit 25 mentions pour un total de 61,0 % des redoublants. Il pourrait s'agir ici d'une confusion provenant de la multitude de maladies et des symptômes associés qui sont enseignés en bloc et que les élèves s'efforcent de retenir par cœur sans toutefois bien comprendre le système derrière la manifestation de ces symptômes.

Après le cours, nous pouvons noter une augmentation de la fréquence des mentions de chacun des symptômes énumérés ci-haut, même pour les symptômes qui ne sont pas directement liés au paludisme.

Sur ce dernier point, la confusion semble augmenter d'année en année. En effet, chez les non-redoublants, donc chez les élèves qui en sont à leur première année de cours sur le paludisme, la confusion avec les symptômes d'autre maladie était présente chez 52,3 % des élèves. Chez les redoublants qui avaient aussi reçu ce cours l'année précédente on parle de 61,0 % des élèves démontrant de la confusion pour les symptômes.

Nous pourrions voir dans les chapitres suivants qu'une confusion peut naître de la transposition entre paludisme et *sumaya*. Le premier fait référence à la symptomatologie causée par le *Plasmodium* qui parasite le système sanguin. Le deuxième concerne la symptomatologie du *sumaya* causée par un ensemble de facteurs climatiques présent durant l'hivernage qui est à la fois susceptible d'augmenter la population d'anophèle et par le fait même le nombre de cas de paludisme, mais aussi, d'augmenter les conditions pouvant favoriser l'affaiblissement du système immunitaire et l'augmentation de maladies infectieuses comme le rhume ou la grippe.

Après le cours, la confusion des élèves non-redoublants rejoint la confusion des redoublants avant le cours avec un pourcentage très similaire de 60,3 % des élèves présentant une confusion et ce pourcentage atteint un important 68,3 % après le cours chez les redoublants, c'est-à-dire, parmi les élèves qui ont reçu cet enseignement une deuxième fois.

Les symptômes les plus mentionnés correspondent aux symptômes de l'amibiase (ou dysenterie amibienne) avec ses douleurs abdominales, les selles tâchées de

**Tableau 7. Symptômes du paludisme avant-après**

Symptôme	(%) avant le cours		(%) après le cours	
	Non-red.	Redoubl.	Non-red.	Redoubl.
Symptômes associés au paludisme seulement	47,7%	39,0%	39,7%	31,7%
Symptômes non associés au paludisme (confusion avec d'autres maladies)	52,3 %	61,0%	60,3%	68,3%

sang, les brûlures au niveau de l'anus et des selles très fréquentes. C'est un peu comme si les élèves avant le cours font référence à leur propre expérience de la maladie et que dans cette expérience de leur maladie d'autres symptômes peuvent s'être manifestés, induisant cette confusion. Après le cours les élèves cherchent plutôt à se rappeler par cœur leur leçon sur le paludisme et confondent cette leçon avec les leçons sur les autres maladies, d'où l'apparition dans leurs réponses des symptômes types des autres maladies enseignées. Ils ne semblent pas avoir bien compris ce qu'est réellement le paludisme, ils se contentent d'apprendre une leçon sans plus. La formule des réponses toutes faites est très révélatrice. Ainsi, nous avons obtenu dans les réponses des élèves la formulation exacte de l'enseignant soit, par exemple : « fièvre intermittente accompagnée de frissons, de chaleur, de sueurs », à de très nombreuses reprises.

On peut se demander ici si le fait d'acquérir ces nouvelles connaissances en cours magistraux plutôt que par une approche empirique ou participative peut vraiment mener au développement de compétences effectives, où l'élève peut, par exemple, être en mesure de reconnaître le paludisme et poser les gestes qui s'imposent alors, soit consulter au dispensaire ou commencer un traitement antipaludique.

#### Question 4 : Comment soigne-t-on le paludisme ?

Cette question cherchait à mettre en évidence des compétences sanitaires virtuelles dans la lutte contre le paludisme. À l'âge de 15 ou 16 ans principalement et à l'aube de se retrouver face à des responsabilités parentales, quels sont les outils mis à leur disposition par le Ministère de l'éducation pour faire face à cette affection du paludisme ?

Dans le cours sur le paludisme, les soins du paludisme tel qu'énoncés par les professeurs se résument à ceci : « Dès l'apparition des symptômes, il faut se rendre à l'hôpital pour une prise en charge adéquate ». Tel que mentionné plus haut par les enseignants rencontrés, l'enseignement des pharmacopées traditionnelles ou occidentales, de même que l'automédication ne peuvent être mentionnés dans le cadre de ce cours.

**Tableau 8. Soins du paludisme avant le cours**

Soins	Redoublant (41)		Non-redoublant (174)		Total (215)	
	n	%	n	%	n	%
Visite au dispensaire	12	29,3 %	55	31,6 %	67	31,2 %
Antipaludiques	12	29,3 %	37	21,3 %	49	22,8 %
Médicaments	6	14,6 %	37	21,3 %	43	20,0 %
Antipyrétiques	4	9,8 %	25	14,7 %	29	13,5 %
Vaccins	6	14,6 %	30	17,2 %	36	16,7 %
Injections	1	2,4 %	12	6,9 %	13	6,0 %
Plantes absorbées	2	4,9 %	24	13,8 %	26	12,1 %
Lavements	0	0,0 %	9	5,2 %	9	4,2 %
Moustiquaires	6	14,6 %	19	10,9 %	25	11,6 %
Propreté	1	2,4 %	9	5,2 %	10	4,7 %
Éviter la chaleur	0	0,0 %	3	1,7 %	3	1,4 %

Avant le cours sur le paludisme, 31,2 % des élèves ont mentionné la visite chez l'infirmier ou le médecin. De l'ensemble des élèves, 22,8 % ont mentionné la prise de médicament antipaludique, 20,0 % d'entre eux ont mentionné la prise de médicament sans spécifier la nature de ces médicaments et 13,5 % des élèves ont mentionné les médicaments de type paracétamol ou Aspirine™ (antipyrétiques). Les autres soins du paludisme mentionnés sont (par l'ensemble des élèves) les vaccins (16,7 %) ou les injections (6,0 %), les plantes absorbées (12,1 %) ou utilisées en lavements (4,2 %), les moustiquaires (11,6 %), la propreté (4,7 %) ou l'évitement de la chaleur (1,4 %). Ainsi, seulement 31,2 % des élèves présentent une compétence virtuelle dans la prise en charge curative du paludisme, c'est-à-dire la consultation au dispensaire.

Après le cours sur le paludisme, la visite chez le médecin ou l'infirmier est mentionnée par 75,8 % des élèves (162) dont 82,9 % des redoublants, la prise d'antipaludiques chute à 6,5 % de l'ensemble des élèves (14), mais à 9,8 % des redoublants.

**Tableau 9. Soins du paludisme avant-après**

Soins	(n) avant le cours	(n) après le cours
Visite au dispensaire	67	162
Antipaludiques	49	14
Médicaments	43	44
Antipyrétiques	29	10
Goutte épaisse	0	13
Vaccins	36	7
Injections	13	7
Plantes absorbées	26	5
Lavements	9	3
Moustiquaires	25	12
Propreté	10	0
Éviter la chaleur	3	0



La prise de médicaments ou comprimés non nommés augmente faiblement à 20,5 % des élèves et 29,3 % des redoublants et la prise d'antipyrétiques chute à 4,7 % pour l'ensemble des élèves et à 2,4 % pour les redoublants. On voit aussi apparaître après le cours la mention de la goutte épaisse pour 6,0 % des élèves. L'augmentation de la mention de médicaments sans les nommer, ainsi que le test de la goutte épaisse, est en association avec l'augmentation de la mention de la visite au dispensaire ou à l'hôpital où certains élèves spécifient que ce dernier prescrira, lors de la visite les tests à effectuer comme la goutte épaisse et les médicaments à prendre, sans nommer quels médicaments le médecin ou l'infirmier prescrira exactement.

L'utilisation des plantes en absorption ou en lavement chute à respectivement 2,3 % et 1,4 %, les vaccins et injections chutent à 3,3 % chacun et seule la moustiquaire reste relativement importante avec 5,6 % des élèves dont 2,4 % des redoublants, qui y ont fait mention comme ayant le potentiel de soigner (sic) la maladie.

Concernant les soins du paludisme, les enseignants leur dictent un seul comportement à tenir, celui de consulter le médecin ou l'infirmier, sans tenter de changer leur conception de base sur la façon dont on peut soigner le paludisme. Il n'y a aucune discussion avec les élèves sur les comportements acquis préalablement et devant être supprimés ou remplacés par des comportements plus appropriés. La nature positive de l'enseignement fourni aux élèves risque ainsi de ne pas donner naissance aux compétences sanitaires souhaitées.

Il est très facile pour la plupart d'entre eux de mémoriser une phrase comme : Dès l'apparition des symptômes il faut se rendre à l'hôpital pour une prise en charge adéquate. L'image est claire et dépourvue de concept complexe. L'augmentation de la fréquence de cette réponse par les élèves ne saurait donc assurer que les

compétences culturelles comme l'automédication aient été effacées ou que le savoir-agir dans la recherche de soins sera effectivement acquis.

D'un point de vue socioconstructiviste, nous risquons d'induire chez l'élève la superposition de ce comportement idéal (visite au dispensaire) sur les comportements réels (automédication précédant la visite au dispensaire) qui, comme nous l'avons vu, ne sont pas discutés en classe. En effet, le modèle socioconstructiviste prévoit qu'un individu donné qui reçoit une nouvelle information validera cette nouvelle information par la comparaison de ses propres perceptions avec celle de ses pairs. Ainsi, l'élève qui n'aura pas reçu d'argument concernant les pour et les contre de l'automédication traditionnelle ou de la consultation d'un tradipraticien ne saura être en mesure de développer ce que Perrenoud appelle les compétences d'argumentations (Perrenoud, 1999) nécessaires pour se convaincre d'abord des méfaits de l'automédication et pour convaincre ensuite ses pairs ou sa famille de ces mêmes méfaits. Ainsi, l'élève qui nécessitera une prise en charge adéquate ne sera peut-être pas compétent pour convaincre le décideur de sa concession, souvent le père, de lui donner l'argent nécessaire à la consultation.

### **Question 5 : Comment prévient-on le paludisme ?**

Dans le cours sur le paludisme, la section traitant de la prévention, aussi appelée lutte préventive, propose quatre actions ; 1- se protéger des piqûres de moustique en dormant sous une moustiquaire de préférence imprégnée, 2- mettre des moustiquaires (tamis) ou rideaux imprégnés aux portes et fenêtres (exclusif à l'institution semi-privée CCL), 3- utiliser des insecticides et autre produit répulsif et 4- détruire les eaux stagnantes, lieu de reproduction des moustiques. On peut noter qu'aucune mention de prophylaxie antipaludique n'est mentionnée aux

élèves malgré les efforts de sensibilisation de la prophylaxie dans la communauté et en particulier chez les femmes enceintes.

**Tableau 10. Prévention du paludisme avant le cours**

Prévention	Redoublant (41)		Non-redoublant (174)		Total (215)	
	n	%	n	%	n	%
Moustiquaire	29	70,7 %	99	56,9 %	128	59,5 %
Moust. imprégnée	1	2,4 %	8	4,6 %	9	4,2 %
Moust. Porte/fenêtre	3	7,3 %	3	1,7 %	6	2,8 %
Insecticide	7	17,1 %	12	6,9 %	19	8,8 %
Spirale	2	4,9 %	9	5,1 %	11	5,1 %
Éviter l'eau stagnante	9	22,0 %	16	9,2 %	25	11,6 %
Médicaments	3	7,3 %	10	5,7 %	13	6,0 %
vaccin	2	4,9 %	25	14,4 %	27	12,6 %
Éviter eau sale	13	31,7 %	37	21,3 %	50	23,3 %
Propreté des lieux	8	19,5 %	22	12,6 %	30	14,0 %
Latrine	4	9,8 %	14	8,0 %	18	8,4 %
Propreté corporelle	3	7,3 %	14	8,0 %	17	7,9 %
Propreté aliments	2	4,9 %	14	8,0 %	16	7,4 %
Visites médicales	1	2,4 %	6	3,4 %	7	3,3 %
Désherbage	2	4,9 %	4	2,3 %	6	2,8 %
Contact paludéen	1	2,4 %	3	1,7 %	4	1,9 %
Éviter froid	0	0,0 %	4	2,3 %	4	1,9 %
Crème répulsive	0	0,0 %	1	0,6 %	1	0,5 %
Éviter alcool	0	0,0 %	1	0,6 %	1	0,5 %
Éviter aliments sucrés	0	0,0 %	1	0,6 %	1	0,5 %

Avant le cours, la moustiquaire a été mentionnée par 56,9 % des non-redoublants et par 70,7 % des redoublants. Peu d'élèves, cependant, ont spécifié que la moustiquaire devait être de préférence imprégnée (4,6 % des non-redoublants et 2,4 % des redoublants) malgré l'importance que revêt cette imprégnation dans l'efficacité de la moustiquaire (Müller O, Frey C, Traoré C, Kouyaté B., 2004).

L'utilisation d'insecticide (aérosols) a été mentionnée par 6,9 % des non-redoublants et par 17,1 % des redoublants. Les spirales antimoustiques à fumée insectifuge ont été mentionnées par 9,2 % des non-redoublants et par 4,9 % des redoublants. L'élimination de l'eau stagnante près de la concession a été principalement mentionnée par les redoublants (22,0 %) contre seulement 9,2 % des non-redoublants. La prise de médicament a été mentionnée par 5,7 % des non-redoublants et par 7,3 % des redoublants.

Trois stratégies préventives retiennent l'attention par leurs fréquentes mentions et l'absence d'effet dans la lutte préventive du paludisme. Il s'agit des vaccins, mentionnés par 12,6 % des élèves, dont 14,4 % des non-redoublants et 4,9 % des redoublants, éviter de jeter l'eau sale partout, d'entrer en contact avec l'eau sale ou de boire de l'eau sale, mentionnée par 21,3 % des non-redoublants et 31,7 % des redoublants, et la propreté de l'environnement, mentionné par 12,6 % des non-redoublants et 19,5 % des redoublants.

Ont aussi été mentionné avant le cours sur le paludisme : la construction de latrines (18 mentions), la propreté corporelle (17), la propreté des aliments (16), les visites médicales (7), l'élimination de la culture et des herbes autour de la concession (6 mentions), éviter tout contact avec les paludéens (4), éviter le froid (4), utiliser de la crème répulsive (1), éviter l'alcool (1) et éviter les aliments sucrés (1).

Ce que l'on peut noter, c'est que 56,9 % des élèves n'ayant jamais suivi le cours connaissent l'importance de la moustiquaire dans la prévention du paludisme. Avec les efforts communautaires de sensibilisation ayant lieu régulièrement dans la zone d'étude, on aurait pu s'attendre à voir une mention plus importante de cet outil préventif.

Après le cours, la mention des quatre objectifs du cours a augmenté chez l'ensemble des élèves. La mention de la moustiquaire est passée de 58,5 % à 74,9 % de tous les élèves et à 85,4 % des redoublants, la mention de l'imprégnation de la moustiquaire est passée de 4,7 % à 40,0 % des élèves et 56,1 % des redoublants. L'utilisation des insecticides et spirales insectifuges est passée à respectivement 36,7 % et 6,0 %. L'élimination des points d'eau stagnante est passée de 11,6 % à 40,9 % chez les élèves et 51,2 % chez les redoublants.

**Tableau 11. Prévention du paludisme avant-après**

Prévention	(n) avant le cours	(n) après le cours
Moustiquaire	128	161
Moustiquaire imprégnée	10	86
Moustiquaire porte et fenêtre	6	21
Insecticide	19	79
Spirale	11	13
Éviter l'eau stagnante	25	88
Médicaments	13	2
vaccin	27	5
Éviter eau sale	50	27
Propreté des lieux	30	33
Latrine	18	40
Propreté corporelle	17	13
Propreté aliments	16	17
Visites médicales	7	8
Désherbage	6	8
Contact paludéen	4	1
Éviter froid	4	2
Crème répulsive	1	2
Éviter alcool	1	1
Éviter aliments sucrés	1	0

Les moustiquaires aux portes et fenêtres n'ont connu qu'une faible augmentation puisque cette stratégie préventive n'a été enseignée que dans l'un des deux établissements. Il est passé de 2,8 % chez l'ensemble des élèves à 9,8 %. La mention de la prise de médicament en prophylaxie a radicalement chuté, passant de 6,0 % des élèves (7,3 % des redoublants) à 0,9 % des non-redoublants après le cours et aucun des redoublants n'en a fait mention.

Les mentions de la propreté de l'environnement, de la propreté des aliments et de la construction de latrine ont augmenté après le cours sur le paludisme. La propreté de l'environnement est passée de 14,0 % à 15,8 % chez les élèves et a 17,1 % chez les redoublants. La propreté des aliments est passée de 7,4 % à 7,9 % chez les élèves et a 9,8 % chez les redoublants. Les latrines sont passées de 8,4 % à 18,6 % chez les élèves. La propreté corporelle et l'évitement de l'eau sale sont restés relativement forts après le cours malgré une légère baisse. La propreté corporelle est passée de 7,9 % à 6,0 % et l'évitement de l'eau sale est passé de 23,3 % à 12,6 % chez les élèves et 14,4 % chez les non-redoublants. La mention des autres stratégies mentionnées précédemment est restée négligeable.

Concernant l'augmentation après le cours de la mention des faux moyens préventifs du paludisme, il pourrait s'agir, encore une fois, d'une confusion avec la prévention des autres maladies enseignées dans les cours précédents. Bien qu'il s'agisse ici de comportements sanitaires utiles et essentiels dans l'évitement d'une multitude de maladies, ces derniers ont le potentiel d'entrer en compétition avec les compétences relatives à la lutte contre le paludisme. En effet, si l'élève confond les comportements préventifs, il pourra finir par croire que le seul fait de laver les aliments, de construire des latrines ou de préserver la propreté de son environnement peut effectivement contribuer à la prévention du paludisme, ce qui n'est évidemment pas le cas.

Ainsi, s'il est une compétence sanitaire qui devrait être prioritaire, ce serait probablement la compétence à prévenir le paludisme. L'espace scolaire devrait être en mesure de développer chez ses élèves cette compétence. Cependant, la formule basée sur des cours magistraux ne semble pas permettre l'atteinte de cet objectif. Cette portion du cours qui vise à améliorer les compétences préventives des élèves semble donc rencontrer les mêmes faiblesses que la portion du cours visant à améliorer les compétences curatives des élèves. La formule est la même dans les deux cas; on tente de construire des compétences sans tenir compte du contexte dans lequel évoluent les élèves au quotidien, de leurs croyances préexistantes et sans impliquer les élèves dans un processus introspectif sur le sujet.

### **Les connaissances et compétences de l'élève perçues par les enseignants**

Nous avons demandé aux enseignants de commenter, à la lumière des résultats obtenus par leurs élèves, ce qu'ils pensaient des connaissances de ces derniers relativement au paludisme :

« Il y a deux cours seulement sur le paludisme, dont le premier cours n'est qu'en 5<sup>ième</sup> du secondaire, ça ne suffit pas. Les jeunes élèves qui deviennent mères à 16 ou 17 ans risquent plus encore, elles ne connaissent pas encore bien le paludisme. Le problème du paludisme devrait être présent dès l'école primaire » (un professeur).

L'apparition de la problématique du paludisme devrait donc, selon l'avis de ce professeur, apparaître beaucoup plus tôt dans le programme scolaire offert aux élèves. En effet, à cet âge, bien des jeunes ont des responsabilités parentales ou sont sur le point d'en avoir. Les compétences relatives au paludisme ne devraient être absentes d'aucune famille dont le père ou la mère sont passés par le système scolaire. Connaissant le taux d'abandon scolaire, la présentation du paludisme

devrait être réalisée beaucoup plus tôt, idéalement au niveau primaire. Un autre professeur ajoute :

« Le paludisme, ils savent que ça vient des moustiques, mais aussi du vent, du soleil, du froid. Dans le rapport avec le développement des moustiques et la saison des pluies, l'éducation familiale est à la fois importante, bonne et mauvaise, la famille a toujours une très forte influence. La distribution de l'endémie, les autres types de palu, *vivax*, etc., l'étendue géographique ou les conditions climatiques nécessaires, tout ça, ils ne connaissent pas. À leur âge, ils n'ont pas d'avis personnel, ils n'oseraient pas confronter leur parent sur leurs connaissances» (un professeur).

Ici, le professeur met les compétences sanitaires en rapport avec l'environnement socioculturel de l'élève. L'apprentissage du paludisme commence dans les familles, avec la conception traditionnelle de la maladie. L'acquisition tardive des compétences liées au paludisme dans le contexte scolaire rencontre ainsi des conceptions bien établies, et donc, est plus difficile à remplacer au besoin. D'un point de vue socioconstructiviste, l'environnement familial peut entraver la confiance que l'élève peut développer face aux nouvelles connaissances apprises dans le contexte scolaire, plaçant aussi du coup les professeurs en position de contradiction avec l'autorité familiale de leurs élèves.

Nous leur avons demandé si, à leur avis, les élèves disposent de suffisamment de connaissances sur le corps humain (circulation sanguine, fonction et pathologie du foie, maladies vs symptômes) pour bien assimiler l'information sur le paludisme et, si oui, quels sont les objectifs atteints par le programme, sinon, quelles sont les lacunes et les répercussions de ces lacunes sur la compréhension du paludisme par les élèves :



« Le foie, etc., ils ne connaissent pas beaucoup. Ils connaissent un peu la circulation. Les inspecteurs ont donné le plan de la leçon, mais ce n'est pas axé sur la vie cellulaire. Ils ne comprennent pas bien le pancréas. La production de sang n'est apprise qu'en 3<sup>ième</sup> pas en 5<sup>ième</sup> » (un professeur).

« Ils ne connaissent pas la circulation sanguine, ni le système hépatique, ils n'ont pas les connaissances nécessaires pour bien comprendre ce qui se passe dans le corps avec le paludisme. Pour qu'ils arrivent à bien comprendre, on pourrait commencer le cours en octobre [période scolaire avec de nombreux cas de paludisme chez les élèves] pour donner des exemples empiriques, concrets. Par exemple, on pourrait leur dire : « regardez Alassane aujourd'hui, il est malade » et leur expliquer ce qui est en train de se passer dans son corps » (un professeur).

Ici, les professeurs semblent s'accorder sur le fait que les élèves ne possèdent pas les bases anatomiques ou physiologiques nécessaires pour la compréhension des systèmes impliqués dans le paludisme. Un enseignement de type magistral, plus rationnel, est donc beaucoup moins efficace, lorsque l'auditoire ne possède pas toutes les données nécessaires pour bien saisir et comprendre l'information qui leur est transmise. Ainsi, tel que le souligne un des professeurs, l'ajout d'exemples concrets et un enseignement plutôt de type empirique seraient plus profitables et le message risquerait de passer beaucoup plus facilement. Nous verrons dans l'espace tradithérapeutique que l'enseignement sanitaire traditionnel est justement basé sur une approche empirique.

On leur a ensuite demandé ce que le cours pouvait apporter à leurs élèves au niveau de l'amélioration de leur connaissance :

« Pour les élèves, le cours sur le paludisme est trop abstrait, ils sont plus réceptifs à la télévision. Pour ce qui est de présenter des notions du paludisme par les médias à l'école, il y a bien des cassettes, mais il n'y a pas de télévision pour présenter ces cassettes. Une sensibilisation accrue dans les familles dans toutes les langues par les médias pour

soutenir ce que les élèves apprennent serait nécessaire » (un professeur).

« Ça consolide les connaissances entendues dans la famille. Mais souvent, ils apprennent par cœur et oublient, ils n'y réfléchissent pas. Si à la maison les gens ne sont pas d'accord, ils reviennent à leurs préjugés. Il faut être concret, il faut des phrases faciles. Il faut utiliser des phrases-chocs plutôt que de tenter de leur faire comprendre complètement la maladie. Il faudrait ajouter une partie ludique et une session de bavardage avant d'ajouter une partie scientifique » (un professeur).

Les enseignants semblent donc d'accord que le format du cours n'est pas assez efficace pour remplacer leurs croyances relatives au paludisme (ou *sumaya*) par des connaissances rationnelles tirées de la recherche biomédicale, ou encore pour réaffirmer leurs bonnes connaissances. Les notions enseignées sont trop abstraites et manquent de preuves empiriques. Davantage d'images ou de discussions animées seraient à leur avis beaucoup plus efficaces.

Nous leur avons ensuite demandé de nous parler des compétences des élèves dans la gestion du paludisme, de leurs forces et leurs faiblesses :

« Les élèves ne sont pas aussi compétents qu'ils sont connaissant. Ils deviennent plus compétents seulement à partir de la 3<sup>ème</sup> [deux ans après la 5<sup>ème</sup>]. À ce moment, on sait qu'ils ont bien compris [vers 17 ou 18 ans]. Pour ce qui est de transmettre le message dans leur famille ou dans les villages, ce n'est pas tout le monde qui le fait. On demande pourtant aux jeunes d'être le relais pour le message de la cause « moustique-piqûre-paludisme » (un professeur).

« Le traitement, le médicament, ils n'en ont aucune idée parce qu'on n'a pas le droit de donner le nom des médicaments. Ils ne connaissent pas la posologie ou les effets de la sous médication. La prophylaxie, ils croient que c'est par un vaccin, qu'ils peuvent être protégés. Dans la lutte contre la maladie, les spirales [chasse moustique] passent avant la moustiquaire, c'est moins cher. Les moustiquaires, ça dépend des parents, de leur opinion » (un professeur).

« On ne peut pas dire qu'ils sont compétents pour se soigner, ils ont besoin de l'avis d'un professeur ou d'un autre adulte. Ils diront : « Madame, je ne me sens pas bien », alors on les touche et on voit qu'ils sont brûlants. Ils sont insouciantes, ce sont les adultes qui pensent pour eux. Par exemple, l'élève va aller chercher les médicaments chez l'économe (infirmier scolaire) et prendra seulement le paracétamol, ils ont trop l'habitude du paludisme. Ils ne se rendent pas compte de l'urgence, pour eux le paludisme c'est comme une grippe» (un professeur).

La compétence à soigner ou prévenir le paludisme, c'est-à-dire le savoir-agir dans différents contextes, ne semble pas se construire efficacement avec la formule actuellement proposée par le ministère de l'éducation. Encore une fois, il semblerait que ce type d'enseignement arrive un peu trop tard dans leur vie.

### **Conclusion de l'espace scolaire**

L'approche préconisée, par cours magistraux, ne semble pas du tout adaptée à la réalité des élèves et une révision complète des objectifs et méthodes du ministère de l'Éducation devrait être, nous semble-t-il, une priorité.

Si on s'en réfère aux trois particularités de l'éducation coutumière, telles que nous les avons décrites au deuxième chapitre, à savoir : 1- l'éducation sert à développer le potentiel de l'individu selon un cadre sociétal strict (obligations et rôle social prédéfinis), 2- les agents éducateurs (c.-à-d. l'ensemble de la communauté) engendrent une intervention diversifiée, mais complémentaire, voire globale, et 3- l'individu est responsabilisé devant l'éducation puisqu'il est ou sera l'éduqué, le coéducateur et l'éducateur au cours de son existence ; nous pouvons examiner l'effet que peuvent avoir les autres systèmes éducatifs sur ce modèle.

L'éducation occidentale a été implantée en Afrique par la colonisation et les missions au début du 19<sup>e</sup> siècle, principalement dans les pays côtiers. D'un point de vue socioconstructiviste, ce système d'éducation va à l'encontre de l'éducation traditionnelle à plusieurs égards. Dans un premier temps, cette forme d'éducation est centrée sur l'individu plutôt que sur le groupe. Ainsi, l'alphabétisation de l'individu tend à éloigner ce dernier de la société à majorité analphabète ou très peu scolarisée (Castle, 1966).

Ensuite, ce système crée une rupture dans la transmission du savoir. Alors que dans l'éducation coutumière le savoir était transmis par différents acteurs et de façon complémentaire, le système occidental semble s'être approprié cette fonction. Le maître devient le seul dispensateur du savoir. De plus, l'éducation fournie dans les salles de classe est souvent inconnue du reste de la collectivité, éloignant encore plus l'individu de la société en créant chez lui de nouveaux besoins et de nouvelles aspirations. Aucune complémentarité au niveau de l'éducation ne semble opérationnelle entre cette forme d'éducation et l'éducation coutumière en particulier pour ce qui a trait à la médecine.

Finalement, dans ce système on assiste en quelque sorte à une déresponsabilisation de l'individu face à son éducation et à son rôle d'éducateur dans sa propre communauté comme le veut la tradition. L'éducation se sépare de la communauté et devient un milieu fermé. L'individu est éduqué par un maître qui ne provient pas nécessairement de sa communauté et une fois l'éducation de l'individu terminée, le savoir de cet individu ne sera que rarement transmis à sa communauté. Il n'a donc plus cette responsabilité de transmetteur vertical de l'éducation puisque cette responsabilité n'incombe qu'au maître. On a pu voir que cette responsabilisation de l'individu par rapport à sa propre santé et à l'éducation de ses proches n'a pas été atteinte avec une éducation occidentale basée sur une formule de cours magistraux. Enfin, le rapport de coéducation avec ses camarades

de classe fait place, dans ce système, à une certaine compétition liée aux examens et concours scolaires (Castle, 1966).

Cependant, comme le souligne Erny en citant Abdou Moumouni :

« En dehors de toute nostalgie du passé, de tout regret romantique et de toute lamentation sentimentale, l'éducation africaine traditionnelle est une source féconde d'enseignement et un sujet de réflexion qui s'impose à quiconque veut envisager avec tant soi peu de sérieux les problèmes de l'éducation et de l'enseignement dans l'Afrique noire contemporaine. En effet, contrairement à l'enseignement colonial qui s'est simplement juxtaposé à l'éducation africaine traditionnelle, en l'ignorant et la méprisant dans la pratique, toute conception nouvelle et qui se voudrait valable de l'enseignement et de l'éducation répondant aux conditions actuelles et aux perspectives d'avenir des pays de l'Afrique noire devra, pour revêtir un caractère national et populaire réel, d'une part emprunter à l'éducation traditionnelle certains de ses aspects pour les intégrer à une orientation moderne et avancée de l'éducation, et d'autre part cohabiter avec elle pendant un certain temps en s'efforçant de l'influencer » (Erny, 1972).

L'évolution éducative qui est déjà amorcée démontre bien qu'au-delà de l'importance que peuvent représenter la culture et les traditions, le besoin d'une alphabétisation fonctionnelle et d'une éducation sanitaire de base est bien présent et aucun retour en arrière ne saurait être souhaitable dans un tel contexte.

Il ne faut pas non plus oublier que ces jeunes élèves, qui ont bénéficié bien souvent d'une éducation plus poussée que leurs parents, doivent composer avec un environnement où se côtoient savoir scientifique dans la classe le jour et savoir traditionnel le soir dans la cour de la concession. Comment demander à ces jeunes d'aller contre leurs valeurs culturelles, de se lever pour prendre la parole au cours de la causerie du soir, de regarder le *Koro*, le Vieux, droit dans les yeux et de lui dire qu'il a tort ? Que lui, le *dûrunier*, le jeune, s'est fait dire à l'école qu'il faut agir autrement, qu'il faut modifier son environnement ? Sillonville (1988), dans

son ouvrage intitulé *Nos enfants vivront*, dénonce ce rejet par les parents des nouvelles informations que les enfants pourraient être tentés d'apporter à leurs familles, au sortir de l'école :

« Quand l'éducation peut être vécue, elle porte ses meilleurs fruits. Or les parents non éduqués rejettent les notions qu'apportent leurs enfants. Ainsi, on ne creusera pas de cabinet, on continuera à boire de l'eau polluée... Au contraire, si les parents participent à des causeries d'éducation sanitaire faites au village, ils retrouvent dans ce qu'ils entendent les notions nouvelles dont leur ont parlé leurs enfants. Ils seront plus aptes à les écouter. Surtout s'il s'agit de la même éducation. De la sorte, on évite les discussions et le divorce entre deux générations. Il faut éduquer à la fois les parents et les enfants » (Sillonville, 1988).

Aussi, on peut comprendre, lorsqu'on étudie le contexte dans lequel a lieu l'éducation des jeunes, le regard des professeurs qui semble toujours demander : « Mais qu'est-ce que je pourrais bien faire de plus ? ». Ces professeurs sont bien conscients de la situation. Ils sont conscients que la formule pédagogique qu'on leur demande de suivre n'est pas, pour le moment, en mesure de forger des compétences solides en santé chez leurs élèves. Ils sont conscients qu'une approche davantage dynamique, interactive, visuelle ou empirique serait plus profitable à leurs élèves qui ont un manque flagrant d'autonomie face à leur propre santé. Des élèves à qui on n'ose même pas parler des vraies choses comme l'automédication de peur de provoquer quelques réactions inattendues de leur part.

Il apparaît clair que les besoins d'un apprentissage du paludisme sont très présents. Il n'y a qu'à saisir le flagrant manque d'autonomie de l'élève donnée en exemple par son professeur, et à songer au fait qu'il est tout à fait probable que cette même élève qui ne sait que faire avec sa propre crise de paludisme puisse devenir mère l'année suivante. Saura-t-elle alors quoi faire pour prévenir le

paludisme chez elle et son enfant ? Saura-t-elle trouver l'argent pour consulter l'infirmier lorsque, inévitablement, son enfant aura son premier paludisme ? Saura-t-elle trouver les bons arguments pour convaincre sa famille, son mari de l'importance d'une consultation ou des méfaits de l'automédication ? Aura-t-elle acquis à temps les compétences nécessaires pour bien prendre soin de sa propre santé ou de celle de son enfant ?

Nous verrons dans le prochain chapitre traitant de l'espace tradithérapeutique que le milieu et le contexte de la pratique médicale des tradipraticiens offrent aux consultants, et en particulier aux mères, une forme d'apprentissage sanitaire pouvant combler une partie des importants besoins de savoir-agir. Des besoins bien présents, lorsque l'automédication, par exemple, demeure une nécessité pratique ou économique, qui sont cependant clairement ignorés par l'actuel système d'éducation.

## CHAPITRE 6

### ESPACE TRADITHÉRAPEUTIQUE

Le travail avec les tradipraticiens, aussi communément appelés guérisseurs, avait trois fonctions de base. Tout d'abord, il devait permettre de nous imprégner de la vision culturelle du paludisme qui doit être replacé à l'intérieur d'une catégorie plus large que constitue le *sumaya*, des connaissances et du sens donnés au *sumaya* et aux maladies associées et des compétences des spécialistes locaux de la médecine que sont les tradipraticiens dans leur communauté.

Ensuite, nous voulions nous familiariser avec les méthodes culturelles d'acquisition de ces connaissances et compétences traditionnelles par les apprentis tradipraticiens qui seront appelés à devenir autonomes dans leur art.

Finalement, nous voulions consulter les tradipraticiens sur les comportements et l'acquisition de compétences de la part de leurs patients dans la lutte contre le



paludisme, afin de déterminer les force et faiblesse de ces derniers, pouvant permettre de modifier l'approche du secteur de la santé publique dans ses efforts de sensibilisation de la population dans la lutte préventive et curative du paludisme.

L'organisation PROMETRA, qui a pour mission de promouvoir et protéger la médecine traditionnelle et les sciences endogènes faisait, dans un article publié en 2004, le plaidoyer de l'importance des tradipraticiens dans la transmission de connaissances et compétences sanitaires auprès de leurs patients. Selon cette organisation basée à Dakar, au Sénégal :

« Dans les pays en développement, environ 80 à 85 % de la population reçoivent à la fois leur éducation sanitaire et leurs soins de santé des guérisseurs traditionnels et des sciences endogènes. Les guérisseurs traditionnels sont vénérés dans leurs villages et constituent les sages qui fournissent non seulement les soins de santé primaire, mais servent aussi de modérateurs dans des questions liées à la gouvernance, l'éthique, la fondation des familles et le règlement des conflits. De leur participation ou non dépend éventuellement l'impact de toute politique sanitaire. Reconnaisant l'importance vitale de la médecine traditionnelle dans le monde, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est dotée d'un Bureau de la Médecine Traditionnelle qui travaille avec les États membres dans ce domaine » (Gbodossou, 2004)

Connaissant l'importance des tradipraticiens dans l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires par la population, leur prise en compte est donc essentielle pour la présente recherche.

Nous avons rencontré plusieurs types de tradipraticiens, dont les compétences en faisaient des herboristes, des divinateurs ou une combinaison de ces deux types. Quatre des treize tradipraticiens rencontrés nous ont présenté leur carte de membre de l'Association des Tradipraticiens et Herboristes de la Kossi.

### **L'environnement de travail des tradipraticiens**

À l'instar des CSPS et de l'hôpital, les tradipraticiens restent habituellement sur place, dans la cour de leur concession, et attendent les malades qui viennent, parfois de très loin, les rencontrer. Il n'est pas rare de trouver dans la concession, des cases spécialement conçues pour héberger les visiteurs ayant fait très longue route ou les malades dont la gravité demande plus de soins et une surveillance accrue.

C'est dans un environnement très familial que les individus sont reçus, avec un très grand respect des coutumes d'hospitalité. Le thé, préparé par le plus jeune garçon de la concession, est servi aux visiteurs en attente d'une consultation. Au besoin, les femmes de la concession préparent le tô (plat à base de mil) ou le riz pour les visiteurs.

Entre deux consultations, le tradipraticien a un premier contact avec les nouveaux arrivés, afin de déterminer les priorités de consultations. Ce premier contact incluant les salutations d'usage est plutôt rapide, quelques minutes tout au plus. Le tradipraticien rassure le consultant de sa disponibilité pour s'occuper de lui après avoir pris soin des premiers arrivés. L'ambiance qui y règne est teintée de grand respect et de convivialité.

Son tour venu, le consultant a droit à un deuxième contact, soit la consultation à proprement parler. Cette consultation peut durer plus d'une heure, selon les besoins et la maladie. Selon le cas, la consultation peut être réalisée dans la cour de la concession ou de façon plus privée à l'intérieur d'une case aménagée à cet effet. Par exemple, le soignant se retire en case pour les lavements et pour l'utilisation du totem de médicament, ce dernier devant toujours rester à l'intérieur de la case. Le rapport entre les tradipraticien et leurs patients semble

beaucoup moins autoritaire que ce qu'on a pu constater dans l'espace médical dans le rapport infirmier-patient ou médecin-patient.

L'environnement ouvert de la consultation tradithérapeutique, par opposition à l'environnement fermé du cabinet du médecin, permet à tous les malades et à leur famille en attente de la consultation de bénéficier des informations circulant entre le tradipraticien et le patient pendant sa consultation, puisque ces derniers sont dans un espace public, la cour de la concession. Ainsi, le diagnostic, les conseils et la nature du traitement nécessaire ne profitent pas qu'à une seule personne et une forme de répétition des gestes posés par le guérisseur ainsi que les conseils prodigués va permettre une acquisition progressive de compétence sanitaire. On peut se demander si ce type de séance de groupe peut être à l'origine de l'acquisition des compétences sanitaires chez les mères, en particulier chez les mères d'un certain âge. Ce sont bien elles qui souvent vont amener l'enfant chez le guérisseur, y passent une partie de la journée et vont être témoins de nombre de ces séances publiques de soin.

### **Le sumaya**

Le paludisme, comme nous l'avons décrit précédemment, est une maladie causée par le *Plasmodium falciparum* qui est transmis à l'homme par un moustique, l'anophèle femelle. La présence dans le sang de ce protozoaire ne se révèle que par un examen sanguin, comme le test de la goutte épaisse. Se passer de cette confirmation est tout à fait possible, nous l'avons vu avec les infirmiers dans le chapitre traitant de l'espace médical. Mais pour les tradipraticiens, le fait de ne pas avoir la possibilité de recourir à ce type de test donne une nouvelle dimension à leur travail et au concept même de paludisme.

## Le savoir nosographique

Ainsi, dans un système médical de type empirique, comme c'est le cas de la médecine traditionnelle des guérisseurs, la confusion diagnostique ne peut être qu'amplifiée, tant au niveau des causes du paludisme que des symptômes associés.

Ce que les guérisseurs diagnostiquent et soignent, c'est le *sumaya* ou le *sumaya bâ*. Les guérisseurs ne vont donc pas diagnostiquer ou soigner le paludisme causé par le plasmodium puisqu'ils ne disposent pas de la technologie nécessaire à son diagnostic. Bien que ces deux concepts se chevauchent dans leur réalité biomédicale puisque le malaise causé par une affection palustre est très caractéristique, les causes et symptômes inclus dans la définition du *sumaya* par les guérisseurs et la population dépassent le concept de paludisme tel que défini pour devenir une catégorie de maladie. En fait, l'habitude qu'ont les intervenants (médecins, infirmiers, enquêteurs, etc.) de traduire systématiquement le terme paludisme par le terme *sumaya*, et inversement, auprès de la population, est plutôt fautive. On ne parle pas de la même chose. Les intervenants parlent de paludisme et le traduisent par *sumaya* en gardant la conception du paludisme comme étant cette maladie causée par le moustique, alors que la population entendra par *sumaya*, leur propre conception de cette catégorie de maladie qui n'est pas causée exclusivement par le moustique ou le *Plasmodium* dont il est le vecteur.

En fait, *sumaya* (dioula) signifie, pour la communauté, la maladie de l'ombre, de l'humidité, de la fraîcheur (*suma*=ombre/humidité/fraîcheur et *ya*=l'état de maladie) de même que *suyin* (dafing) et *wewiya* (bwamu) qui signifie aussi la fraîcheur. Cette catégorie de maladie de la fraîcheur que l'on retrouve aussi bien chez les Bwabas que chez les Dafings ou Markas, englobe le paludisme, mais aussi le rhume et la grippe, avec des symptômes comme la toux ou le nez qui coule.

Le *sumaya* se classe dans la catégorie des maladies dites « de causes naturelles ». Cependant, certaines formes de *sumaya bâ* (bâ = gros ou grand) comme le *konon* (maladie de l'oiseau) sont causées par la sorcellerie. Nous y reviendrons.

### Le savoir étiologique

Comme le *sumaya* est un regroupement de maladie apparaissant en saison froide et humide, les causes varient d'un cas à l'autre. Il peut être causé par le froid et l'humidité, l'eau sale ou la saleté et les poussières, le travail ou le soleil.

Avec les campagnes de sensibilisation bien présentes un peu partout, les gens admettent de plus en plus le rôle du moustique dans certaines formes du *sumaya*. La présence, hautement accrue et remarquable, des moustiques durant la saison froide et la saison des pluies a probablement contribué à l'acceptation de cette nouvelle cause dans la maladie dite de la fraîcheur. Cependant, la reconnaissance du rôle du moustique n'annule pas la conviction de l'existence d'autres causes dans l'état de maladie tel que défini dans le sens de *sumaya* :

« Le *sumaya*, ça vient en hivernage. C'est dans l'eau et ça entre par la respiration, les ongles, les oreilles. Avec la pluie qui s'ajoute, les enfants qui traînent dans l'eau puis le soleil. Mais le *sumaya* donné par la pluie et le *sumaya* donné par la poussière et le vent ce n'est pas la même maladie. La pluie a une période, et la poussière et le vent n'ont pas de période. Les enfants aiment s'amuser, comme le lac là, l'eau est très sale et on peut attraper le *sumaya* et si tu restes très, très longtemps sous le soleil là, après ça peut te donner du *sumaya*. Mais le *sumaya* donné par les moustiques et le *sumaya* donné par le soleil c'est un peu différent parce que ce que le moustique te transmet, c'est déjà une maladie, pas la même. C'est seulement le même nom. Ici en Afrique il y a beaucoup de moustiques qui peuvent être attaqués par le *sumaya*. Les moustiques, ils te piquent et tirent ton sang, peut-être, là, il peut piquer un autre aussi. Donc, si tu as le *sumaya*, comme le sang peut avoir beaucoup de maladie, le lendemain, tu as ton corps qui te gratte. Le moustique, il est très remarqué » (Guérisseur 02).

Dans ce cas-ci, on peut voir que l'humidité (la pluie, le lac, l'eau sale) donne une forme de *sumaya* qui s'accorde avec la signification du nom *sumaya* (humidité-fraîcheur), mais que le *sumaya* comme catégorie de maladie, plutôt que comme maladie en soi, est assez souple pour inclure le vent (et la poussière qu'il transporte) ainsi que les moustiques. L'opposition fraîcheur-chaleur est aussi cause de *sumaya*, et cet autre tradipraticien nous explique aussi l'impact du choc thermique :

« On attrape le *sumaya* par la pluie, le froid, se laver avec de l'eau froide quand on est habitué à l'eau chaude, le climat chaud qui devient froid, le changement chaud/froid, jours chauds et nuits froides, pas faire attention ou on dort [endroit sale, froid], la saleté, dans les grandes villes les fossés, les latrines, les eaux sales donnent le *sumaya*, l'arbre qui fait éternuer, les moustiques et les insectes dans la natte, mais ça [les moustiques] c'est les agents des « eaux et forêts » qui nous l'ont dit » (Guérisseur 12).

Ainsi, cette opposition chaud-froid presque exclusive à la saison des pluies et à l'hivernage peut causer le *sumaya*, mais ce dernier pourra aussi être causé par la poussière ou la saleté (des fossés, des latrines, de l'eau sale...). Une autre cause liée à la saison des pluies ou à l'hivernage a été nommée. Il s'agit du travail :

« En fait, c'est le froid qui vient avant le *sumaya*. C'est le froid qui te signale. En fait, le *sumaya* s'attrape de plusieurs façons. Comme si tu as trop travaillé, le travail peut donner *sumaya*. Durant l'hivernage, le froid fait déclencher le *sumaya*, surtout chez les personnes habituées à l'eau chaude et qui attrapent la pluie et le froid, mais quelqu'un qui est habitué à l'eau froide n'attrape pas le *sumaya*. Les moustiques donnent aussi le *sumaya*. En fait, son rôle, il tire le sang, quand quelqu'un n'a pas beaucoup de sang et que le moustique te tire le sang, tu es faible. Le moustique vomit le sang et peut finir le sang » (Guérisseur 06).

Le travail dans les champs qui coïncide à la fois avec un temps frais et humide, avec la saison des pluies et avec l'apparition des moustiques est, en effet, un

moment très épuisant pour les villageois habitués à des temps chauds et secs qui vont attraper alors toutes sortes de maladies. Ils vont les appeler *sumaya*. Cependant, certains symptômes, comme la toux, auront une périodicité allongée et c'est dans la propreté de l'environnement qu'ils trouveront l'explication de ce type de *sumaya*. On se rappelle que la propreté de l'environnement était très présente dans le discours des élèves de cinquième (chapitre de l'espace scolaire), ce qui laisse penser que leur définition du paludisme était en fait la définition du *sumaya*.

### **Symptomatologie du *sumaya***

Le *sumaya* peut être diagnostiqué par les guérisseurs en fonction de la présence de différents symptômes, symptômes qu'ils vont parfois assimiler à autant de maladies :

« On sait que quelqu'un a le *sumaya*, parce si ça commence, ça vient avec des maux de gorge, le nez coule, les yeux sont larmoyants, la congestion nasale, la fièvre, la toux, les maux de tête, des douleurs aux articulations et de la difficulté à se lever. Entre la congestion et la toux, il y a la fièvre et ça continue jusqu'au gros *sumaya* : le *mara* [jaunisse], qui est une maladie qui marche partout dans le corps et qui vient avec le *sumaya*. Les yeux, les mains et les pieds deviennent jaunes » (Guérisseur 14).

« Le *sumaya* peut amener beaucoup de maladies; mauvaise vue, diarrhée, maux de ventre, articulation douloureuse. Mais il y en a d'autres qui peuvent attraper le *sumaya* par des maux de tête. Chacun a sa manière d'attraper le *sumaya* » (Guérisseur 03).

On voyait dans le chapitre précédent traitant de l'espace scolaire que l'expression du paludisme était très différente d'un individu à l'autre, et pouvait même conduire quelqu'un à douter qu'il ait bel et bien un paludisme lorsque ce dernier

ne se manifeste pas comme à l'habitude. On dit même que les plus âgés « connaissent leur paludisme », c'est-à-dire qu'ils se sont familiarisés avec une suite de symptômes bien précis, et reconnaissent qu'il s'agit bien du paludisme ou *sumaya* malgré le fait que l'expérience de la maladie peut être complètement différente chez leur voisin.

La progression du paludisme vers sa forme aggravée résultant en l'apparition de l'ictère et des convulsions chez l'enfant lors d'atteinte neurologique trouve son équivalent dans la conception traditionnelle du *sumaya* et donne naissance à trois nouvelles catégories de maladie. D'une part, nous retrouvons le *sumaya bâ* (*bâ* = gros ou grand) en dioula, aussi appelé *suyin bâ* en dafing, qui est une forme aggravée des symptômes de cette catégorie de maladie :

« Le *sumaya bâ* donne des vertiges, de la fatigue générale et ta force diminue. Le *sumaya* et le *sumaya bâ* c'est la même chose, mais un est plus grave que l'autre » (Guérisseur 10).

« Il y a le *sumaya* qui gratte la gorge et devient la toux, et le *sumaya* avec le rhume et des maux de tête qui durent, si les deux arrivent en même temps, c'est le *sumaya bâ*. Quand tu as un *sumaya bâ*, tu as mal partout, tu es fatigué, tu ne travailles pas, tu as des vertiges et la vue noire » (Guérisseur 13).

Ensuite, nous trouvons le *warra*, le *djokadjo* (ou *jokuajo*) appelé aussi le *mara* que certains traduisent par la jaunisse, parfois considérée comme la suite du *sumaya* et parfois comme une maladie indépendante qui serait venue s'ajouter au *sumaya* déjà présent :

« Les enfants peuvent mourir du *sumaya* et surtout du *warra*. Tu as les yeux jaunes et l'urine jaune, parce que le sang est trop attaqué et tu manques de sang et tu as la fatigue » (Guérisseur 02).



« Le *sumaya* c'est une maladie qui provoque beaucoup de maladies plus graves parce que d'autres maladies peuvent s'ajouter au *sumaya*. On peut attraper le *sumaya* et ensuite d'autres maladies viennent compliquer et empirer la maladie » (Guérisseur 11).

Finalement, on retrouve le *gniza vamu* ou *konon* (maladie de l'oiseau) qui est caractérisé par des convulsions rappelant les mouvements d'un oiseau nocturne. Cette dernière catégorie serait composée de maladies liées non plus à des causes naturelles comme les catégories précédentes, mais à des causes associées à la sorcellerie :

« Le *sumaya bâ* et le *konon* un peu différent parce qu'un bébé peut venir au monde avec le *konon*, mais pas le *sumaya bâ*. Le *konon* est un sorcier qui se transforme en oiseau et qui vole, attrape l'enfant [Nouveau né ou encore dans le ventre de sa mère] et prend son cœur. Ses yeux se renversent comme s'il rêve et il s'appuie sur lui-même. J'ai déjà attrapé beaucoup de sorciers *konon* » (Guérisseur 02).

La symptomatologie du *sumaya*, du *sumaya bâ* et autres maladies associées est donc très vaste. Le diagnostic de l'une ou l'autre de ces variantes du *sumaya* requiert une bonne compétence de la part du tradipraticien, puisqu'il repose à la fois sur le ressenti et le vécu ou l'histoire du patient ainsi que sur la connaissance de l'ensemble des symptômes connus et reconnus par le tradipraticien.

### **Diagnostic empirique du *sumaya***

Tel que mentionné précédemment, les tradipraticiens ne disposent pas de la technologie nécessaire afin de poser un diagnostic fiable du paludisme. Ici encore, ce sont plutôt les symptômes du *sumaya* ou du *sumaya bâ* qu'ils cherchent de

façon empirique par l'état physique du patient et l'histoire de la maladie qui est racontée par le patient puis interprétée par le guérisseur.

Nous avons vu dans le chapitre traitant de l'espace médical que les infirmiers et les médecins ont aussi souvent tendance, pour des raisons principalement économiques, à poser un diagnostic tout aussi empirique. Il nous a donc semblé tout naturel de nous intéresser à la compétence des guérisseurs à bien diagnostiquer le *sumaya*, ceci afin de juger de l'efficacité toute relative d'un tel système diagnostic :

« Pour savoir que quelqu'un a le *sumaya*, on touche le corps pour la fièvre, on regarde les yeux pour voir s'ils sont différents d'un état de bonne santé. Si on pense que quelqu'un a le *sumaya*, on demande au patient de nous dire comment était le début de la maladie. Avec les symptômes décrits par le patient, on sait si c'est le *sumaya* ou autre chose » (Guérisseur 11).

« Si quelqu'un a le *sumaya* comme ça, si c'est très douloureux sur la personne, on regarde la respiration d'abord, on voit s'il a la fièvre, là il respire très vite, donc on peut regarder ça. Il y a les gens qui ont les yeux jaunes comme ça, ça aussi, il y a une plante qu'on peut utiliser pour ça. Il y a ceux qui arrivent ici et ils ont les yeux rouges, tout rouges, ils sont comme ils sont énervés quoi, ça, c'est la folie. Souvent, il y a ceux qui viennent, on regarde la paume comme ça, si c'est tout blanc, il lui manque du sang. Il faut vraiment regarder le malade de toutes ces manières-là » (Guérisseur 02).

Ainsi, en plus de l'histoire de la maladie telle qu'exprimée par le malade en consultation, une observation du corps du malade est nécessaire afin de noter toute modification physique du corps pouvant indiquer l'état de maladie ainsi que les causes et le diagnostic nécessaire pour le démarrage de l'action curative. La quantité de connaissances et d'habiletés nécessaires à cette fin permet de parler de compétence de la part du tradipraticien.

### Traiter le *sumaya* et les différentes manifestations du *sumaya bâ*

Le traitement du *sumaya* par les tradipraticiens est intimement lié au type de *sumaya* diagnostiqué. Le traitement doit être appliqué pour une durée variant de quelques jours à quelques semaines en fonction de la gravité et de la progression de la maladie :

« Pour soigner le *sumaya bâ*, on utilise trois plantes, si c'est moins grave et que c'est le début de la maladie c'est une plante seulement, les jeunes feuilles de *neem* [olivier]. Les médicaments peuvent varier. Par exemple, le *sumaya* qui donne les yeux jaunes, le *warra* n'est pas traité comme le *sumaya* qui donne une toux. Si la plante va bien avec ton sang et ta maladie, ça prend trois jours à une semaine seulement parce que ça se soigne très bien, et jusqu'à 3 semaines pour le *sumaya bâ*. On met le produit dans l'eau deux fois par jour, on respire la vapeur et on fait le bain. Il ne faut pas manquer un traitement » (Guérisseur 02).

« Pour le *sumaya*, il faut faire bouillir et se laver avec un remède fait de feuilles *soumplat*, une plante aquatique utilisée aussi pour rhume et maux de tête, le *kekeflat*, une plante hors marigot utilisée aussi pour la diarrhée, le *kounkéflat* et le *waragué*, utilisés pour le *sumaya* et la toux et l'urine de bœuf pour *sumaya bâ* et le *warra*. [Ce dernier ingrédient] garde réveillé et on urine jusqu'au matin avec ce produit. On y ajoute des paroles qui ne sont pas connues des gens. Pour les femmes enceintes, si elles sont malades on peut donner ces médicaments sans problèmes » (Guérisseur 14).

Le traitement dépend donc des différents symptômes observés ainsi que de la cause de la maladie. Plus il y a de symptômes, plus il y aura de plantes ou d'ingrédients dans la recette médicinale. De plus, les recettes médicinales varient d'un tradipraticien à l'autre en fonction de son apprentissage. Nous y reviendrons.

## La prévention du *sumaya*

La prévention du paludisme, par la prophylaxie, les moustiquaires et l'assainissement de l'environnement, est au cœur des préoccupations en santé publique. Nous avons donc demandé le point de vue des tradipraticiens sur la prévention.

Avant de discuter de la prévention du paludisme plus précisément, nous avons demandé aux guérisseurs de nous parler de la prévention en général et de la place qu'elle peut prendre dans leur travail de tous les jours :

« On peut le dire à tout le monde, mais les gens n'ont pas les mêmes idées. Peut-être, je dis quelque chose à quelqu'un comme ça, il faut faire ça et là ça va te faire éviter cette maladie, mais cette personne peut se mettre en colère parce qu'elle ne va pas essayer de comprendre que tu la sauves de quelque chose, mais elle va comprendre que la chose lui arrive. Mais s'ils ont quelque chose et que je donne la prévention pour ne pas attraper ça encore [alors, ça va]. Bon, ça ne m'est pas arrivé [qu'un client se fâche] déjà, mais on entend parler de beaucoup de guérisseurs qui ont des clients comme ça, donc moi j'arrête quoi. Déjà, ils ne vont pas comprendre que c'est un guérisseur qui soigne les états de maladie, ils vont plutôt comprendre comme si c'est un guérisseur qui fait du mal aux gens [un sorcier], c'est pourquoi on n'a pas de prévention comme ça. Ceux qui comprennent, bon, il n'y a pas de problèmes, mais partout là bon, tu vas avoir des problèmes. Il y a des gens qui croient déjà, il y a des gens qui ne croiront jamais. Tout ce que tu diras bon, si tu dis quelque chose ils se moquent de toi, donc c'est un peu comme si tu allais chercher la bagarre quoi. J'aime mieux rester et attendre [sans faire de prévention] que d'avoir des problèmes » (Guérisseur 02).

On peut donc dire qu'il est plutôt risqué pour la réputation d'un guérisseur de prétendre pouvoir prévenir la maladie chez un patient. Le risque qu'un patient se trouve quand même dans un état de maladie malgré la prévention est très grand.

De plus, plusieurs guérisseurs croient qu'il est impossible de prévenir le paludisme du type *sumaya*. En effet, comme nous l'avons vu, le *sumaya* est, en soi, une multitude de maladies semblables et tenter de les éviter toutes et rendre ainsi convaincant l'effort préventif relève de l'utopie :

« Tu peux attraper le *sumaya* comme beaucoup de choses. Le *sumaya*, tu ne peux pas prévenir. Les infirmiers m'ont dit que la moustiquaire prévient le *sumaya*. Oui, mais ça ne marche pas toujours. Ça empêche les moustiques ou le froid, mais il faut que la moustiquaire soit propre, pas de poussière. Les spirales insectifuges préviennent le *sumaya*, mais ça peut aussi donner le *sumaya*, le rhume ou faire éternuer, ça dépend du sang. Mais on peut prévenir le *konon* avec les plumes et le corps de l'oiseau » (Guérisseur 02).

« Éviter le *sumaya*? Ça, c'est très difficile, presque impossible, car on peut attraper le *sumaya* de plusieurs façons. Tu peux éviter pour quelque temps le *sumaya*, tu sais alors quel *sumaya* tu évites, mais on peut attraper les autres, ça dépend du destin et de Dieu » (Guérisseur 11).

La différence entre le paludisme et le *sumaya*, tel que nous l'avons démontré, donne naissance à un doute quant à l'efficacité de certains moyens préventifs comme la moustiquaire. En effet, lorsque l'infirmier affirme que « la moustiquaire prévient le paludisme », mais que cette information est traduite dans la langue locale, par « la moustiquaire prévient le *sumaya* », l'apparition des symptômes de grippe ou la toux, donc le *sumaya*, chez un utilisateur de la moustiquaire fera croire à ce dernier que la moustiquaire n'a pas fonctionné. Le problème du sens donné au terme *sumaya* fait en sorte que le tradipraticien ne se risque jamais à tenir les mêmes propos préventifs que l'infirmier, ce dernier gardant plutôt en tête le paludisme. Nous sommes ainsi d'accord avec les tradipraticiens qui prétendent qu'on ne peut prévenir le *sumaya*, connaissant maintenant l'ensemble des problèmes de santé compris dans cette catégorie qui dépassent la réalité biomédicale du paludisme. L'apprentissage n'est pas le même

pour les médecins ou les infirmiers que pour les tradipraticiens. Nous allons justement voir maintenant comment est forgée ou acquise la compétence traditionnelle des tradipraticiens.

### **Devenir tradipraticien**

La majorité des tradipraticiens rencontrés, que nous pouvons aussi appeler guérisseurs, proviennent d'une lignée de guérisseur. Souvent le père, mais parfois aussi la mère du guérisseur, pratiquait avant lui ce métier. Le principal critère de recrutement, s'il en est un, implique la proximité de l'aspirant-apprenti avec son maître guérisseur. Sa formation est longue, réalisée par étapes et conditionnelle à la présence de différents facteurs.

La proximité avec un maître est donc, comme nous venons de le mentionner, la première condition pour l'acquisition de la compétence. Très souvent son propre enfant, parfois un neveu ou une nièce ou plus rarement un enfant du village, l'enfant a été choisi en fonction de son caractère et de son intérêt dans la profession :

« J'ai eu le savoir de ma mère qui le tenait de sa mère, qui, elle aussi, le tenait de sa mère. Comme je suis le dernier de la famille de 6 enfants et le seul garçon, et que mes sœurs n'étaient pas intéressées par ce savoir et à force de suivre ma mère qui allait recueillir les feuilles, j'ai appris ce que je devais apprendre pour être guérisseur » (Guérisseur 01).

« Les connaissances que j'ai me viennent de la lignée masculine de mon père. C'est le travail de mes ancêtres. Ce n'est pas mon choix, ma décision [de devenir guérisseur]. Mais je suis content de ça » (Guérisseur 02).

« Si j'apprends à un enfant, je lui montre. Si l'enfant regarde, écoute, est toujours à côté de moi, il va apprendre. Tant que le papa vit,

[l'enfant] dépend du père, on apprend toute une vie. Quand le père ne peut plus, il envoie son fils. Son fils ne prend pas sa place tant qu'il vit » (Guérisseur 04).

Cette proximité avec le maître fait en sorte que la compétence thérapeutique traditionnelle ne saurait être acquise facilement par toute la communauté.

Commencer l'enseignement très jeune est la deuxième condition pour l'acquisition de la compétence. En plus du potentiel cognitif et social de l'apprenti, le temps de sa formation est un élément majeur dans le niveau de compétence qu'il pourra espérer obtenir à la fin de sa formation. Les tradipraticiens rencontrés se sont accordés pour dire qu'il est préférable de démarrer la formation des apprentis vers l'âge de 7 ou 8 ans. Un seul des guérisseurs rencontrés avait été initié par une vieille du village à un âge plus avancé, soit quelque temps après son mariage :

« C'est une vieille femme aveugle du village qui m'a dit d'approcher. Elle m'a alors demandé si j'étais intelligent et, comme c'était oui, elle m'a montré ce qu'elle connaissait. Ça n'a pas pris beaucoup de temps » (Guérisseur 12).

Dans son cas, il s'agissait d'apprendre une recette à base de 7 plantes (feuille, écorce ou racine) d'un médicament dont la vieille femme prétendait qu'il pouvait soigner toutes les maladies.

Chacun des ingrédients cible les symptômes les plus courants de la maladie soit, entre autres : la diarrhée, les maux de tête, le rhume, la toux, les maux de ventre, le manque d'appétit et la fièvre. Après son initiation, il a pu se joindre au groupe de 4 guérisseurs de son village et échanger avec eux quelques recettes médicinales supplémentaires et ainsi compléter sa formation.

La durée de la formation peut donc varier beaucoup d'un guérisseur à l'autre tout comme sa pharmacopée ou ses compétences générales, comme nous le verrons un peu plus loin. Cependant, en règle générale, la durée de formation est très longue et commence très tôt. Ainsi vers 7 ou 8 ans, l'apprenti commence à suivre son maître dans la brousse.

Le maître commence par nommer chacune des plantes à son apprenti au fur et à mesure qu'il a besoin de chacune d'elle pour soigner un patient. Lentement, l'apprenti retient le nom des plantes utiles. Ce n'est que lorsqu'il les connaît toutes et qu'il a démontré de bonnes capacités d'apprentissage qu'il est initié à leur usage pharmaceutique. Il apprend qu'une telle plante peut soigner les maux de ventre et qu'une autre fait baisser la fièvre. Cependant, il n'a pas tout de suite accès aux recettes à proprement parler. Commencer l'enseignement par la base et progresser par étape est donc la troisième condition pour l'acquisition de la compétence. En effet, beaucoup de médicaments utilisés pour soigner une maladie donnée sont composés de plusieurs plantes différentes.

La complexité réside dans le fait qu'il faut à l'apprenti connaître l'ordre de cueillette de chacune des plantes, la partie précise de la plante à utiliser en fonction de l'effet recherché (racine, feuille, écorce...), la position précise de l'extrait (nord, sud, etc.), le moment idéal pour la cueillette (le matin, la nuit...) et surtout mériter d'être initié aux paroles secrètes devant être prononcées avant de récolter chacun de ces ingrédients :

« Certaines connaissances ne sont pas enseignées tout de suite aux enfants comme le secret des paroles à prononcer avant de cueillir certaines racines, ou les racines dangereuses » (Guérisseur 05).

« Il faut dire les paroles sur la plante avant d'aller enlever [cueillir], certains parlent seulement et ça guérit. Beaucoup de choses, de gestes, doivent être faits » (Guérisseur 11).



« [Mon apprenti] connaît et peut aider à faire tout ça, les arbres que je lui ai montré, mais maintenant l'utilisation, ça, je ne lui ai pas montré ça d'abord, mais il connaît, ça et ça, c'est pour cette maladie, et ça et ça, c'est pour cette maladie, mais comment maintenant utiliser le produit pour soigner le malade, ça, il connaît pas d'abord » (Guérisseur 02).

Nous avons demandé aux guérisseurs de nous expliquer comment un maître pouvait juger que son apprenti était prêt pour apprendre les secrets du métier. Selon eux, tout apprenti devra d'abord avoir prouvé qu'il est assez discret, intelligent et qu'il a suffisamment de mémoire pour retenir toutes les plantes utilisées, gage qu'il peut se souvenir du mode de préparation des médicaments que l'on est sur le point de lui enseigner et qu'ainsi il risque moins de se tromper le jour où il devra préparer lui-même un médicament pour un malade venu le voir. Il doit aussi prouver qu'il sait garder le silence sur un secret révélé par le maître.

Compléter sa formation est la quatrième condition pour l'acquisition de la compétence. Lors d'un entretien avec un guérisseur, ce dernier nous a démontré toute l'importance qu'il accordait à la présence de ces différentes qualités chez son apprenti dans la poursuite de son apprentissage et surtout l'importance que ce dernier termine sa formation :

« Ce qui peut arrêter la formation? Bon, la première chose, c'est de dire un premier secret à l'apprenti. Un secret, c'est un secret, il ne faut pas le dire. Quand tu entends ça en ville partout, que le secret n'est pas respecté, je lui dis alors : « toi, tu ne peux pas travailler avec moi ». Il y a aussi les apprentis qui commencent à connaître les arbres que tu utilises, les feuilles pour guérir les malades, bon, il peut se cacher pour que toi tu ne sois pas au courant et soigner les personnes, même s'il n'a pas tout connu, alors c'est à toi que revient la responsabilité de ses erreurs et s'il arrive quelque chose qui tourne mal, on dira que c'est moi qui lui ai appris, et ce sera ma faute. Parce qu'il se croit déjà très malin et qu'il connaît déjà les arbres, il se dit guérisseur sans avoir fini la formation, donc s'il voit des gens aussi,

j'arrête sa formation, parce que [les apprentis qui font cela] ce ne sont pas des gens qui veulent guérir, ce sont des gens qui veulent tuer. Dans la vie d'aujourd'hui, il y a beaucoup de gens même, qui cherchent l'argent. Ils ne veulent pas travailler. Bon, si tu ne fais pas attention il y en a un qui peut venir dire : « il faut prendre cette plante et aller guérir », et ça sera la bagarre, mais il va partir et continuer à guérir, mais ce ne sera pas un bon guérisseur et c'est toi qui vas avoir les problèmes. C'est pourquoi il faut être patient, si c'est quelque chose qui est naturel, tu ne vas pas faire des bêtises » (Guérisseur 02).

Ce guérisseur souligne donc l'importance du secret des connaissances acquises et du sérieux et de la fidélité de l'apprenant qui devra impérativement compléter sa formation avant de se voir « libéré » par le maître, c'est-à-dire de se voir attribuer le titre de *Labora* (guérisseur en dioula) ou *Bonotolou* (guérisseur en bwamu). Il doit aussi avoir démontré des qualités essentielles pour une bonne réputation en tant que guérisseur tel que : la patience, la bonté, le courage et la générosité. À sa libération qui n'arrive bien souvent qu'à la « retraite » du maître qui lui laisse alors sa place comme guérisseur, le nouveau guérisseur se doit de respecter tous les principes appris afin d'être enfin reconnu comme compétent par les membres du village qui testeront rapidement ses capacités et feront circuler par le bouche à oreille la nouvelle d'un nouveau guérisseur compétent au village. La libération est parfois soulignée par une courte cérémonie sous forme de contre-don en échange de l'enseignement reçu :

« La cérémonie, c'est comme le mariage, parce que tu dois libérer la personne. Tout ce que je recommande de donner, [l'apprenti] doit donner ça, et maintenant après avoir bien travaillé, ça dépend de ce que l'apprenti a appris, s'il doit donner deux chèvres comme ça un mouton, pour faire des sacrifices. Là, ce sera comme mon frère, ce sera la même mère, parce qu'il est guérisseur, il a appris, donc il n'y a pas de problème. Il guérit comme moi. Ce qu'il doit donner, c'est aussi par rapport à ce qu'il a appris. Mais, ce n'est pas une richesse. Et la cérémonie, ça ne dure pas » (Guérisseur 02).

Posséder le don des rêves et la communication avec les ancêtres défunts est la cinquième condition pour l'acquisition de la compétence. La formation du guérisseur se poursuit ensuite sous la forme d'une autodidaxie chez ceux qui possèdent le don des rêves.

Ce don, évoqué par plusieurs tradipraticiens, est le don de voir dans les rêves les ancêtres guérisseurs défunts qui viennent les assister dans leur travail. Ces ancêtres leur révèlent d'autres remèdes ou l'arrivée éventuelle d'un malade dans leur concession, la maladie dont il souffre et le remède indiqué pour le soigner. Ils les aident aussi à se rappeler certains médicaments oubliés, ou corrigent certains remèdes précédemment appris :

« Il [l'ancêtre guérisseur] va te montrer ce qu'il connaissait. Par exemple, j'ai appris aussi avec les Bambaras, tu vois, j'ai maintenant cette connaissance. Avec cet ancêtre maintenant, c'est ce qu'il connaissait il y a longtemps, il te parle de ce qu'il a fait, et il dira « là, il y a ça qui te manque, il faut ajouter ça et ça [compléter] », sinon ce que j'ai appris aussi, si c'est faux, je peux annuler ça et mettre ce qui est réel à la place quoi » (Guérisseur 02).

« Dans les rêves, on peut voir les médicaments dont on a besoin ou encore les ancêtres qui viennent dans nos rêves pour montrer les médicaments » (Guérisseur 08).

« On est obligé de parler avec les ancêtres pour guérir un malade, mais ce n'est pas l'ancêtre qui guérit le malade, ça, c'est Dieu » (Guérisseur 10).

Posséder la force et le courage est la sixième condition pour l'acquisition de la compétence. Étant donnée la très grande majorité de guérisseurs de sexe masculin, nous avons demandé à ces derniers s'ils croyaient qu'une femme pouvait aussi devenir guérisseuse. Tous ont répondu par l'affirmative, en nuancant toutefois quelque peu leur réponse :

« Les femmes peuvent être de très fortes guérisseuses, j'en connais de très fortes. Si je pouvais apprendre à une femme, celle-ci devrait être courageuse pour apprendre à être guérisseuse, parce que pour aller chercher, par exemple les racines en brousse, il faut être courageux et très fort pour les ramasser, et les femmes ont peur en brousse » (Guérisseur 02).

« Les femmes qui ne peuvent plus avoir d'enfants, qui sont vieilles [ménopausées] peuvent faire des médicaments, que moi je sais que je ne peux pas faire d'abord » (Guérisseur 07).

« Moi, c'est ma mère, elle était guérisseuse, elle m'a donné ce que je connais. Les femmes aussi connaissent les racines. Un père peut apprendre à sa fille et, une mère à son fils, il n'y a pas de différences » (Guérisseur 01).

Ainsi, une femme peut être initiée à cet art tant qu'elle pourra prouver qu'elle possède une force et un courage égal à l'homme, ce qui lui permet de collecter tous les ingrédients nécessaires à la pharmacopée ; des ingrédients tels que des racines qu'il faudra arracher au sol, ou une feuille qu'il faudra aller chercher dans une brousse qui abrite les serpents.

Il n'est donc pas surprenant que les « vieilles femmes » ménopausées ou les grand-mères soient considérées par la population comme étant plus aptes à pratiquer le métier de guérisseur ou d'herboriste, puisque c'est avec l'âge qu'une femme obtient un statut d'autorité plus masculin au sein de sa concession et de sa communauté. Nous reviendrons sur cette question dans le prochain chapitre traitant de l'espace familial.

Nous avons eu la chance de rencontrer une femme guérisseuse. Elle est ritualiste, clairvoyante et travaille principalement avec des cauris. Elle utilise ces coquillages, les cauris, afin de connaître l'avenir ou les maladies des consultants

ainsi que les offrandes nécessaires afin de rétablir l'ordre dans la vie de ses derniers.

Cependant, elle prétend qu'elle a appris seule à l'âge de 10 ans, tel un don de Dieu, et comme elle n'a pas appris ce métier de ses parents, elle ne connaît pas les recettes à base de plantes médicinales pour soigner les maladies. C'est la seule, parmi tous les guérisseurs rencontrés, dont la compétence en tant que guérisseur a été mise en doute par les gens de son entourage. Un de nos informateurs principaux a même souligné que, contrairement aux autres guérisseurs rencontrés, il ne connaissait personne des villages environnants qui la consultaient. Il semblerait que sa clientèle proviendrait plutôt des villages plus éloignés.

Fassin (1992) apporte un argument intéressant concernant l'acquisition de compétence tradithérapeutique par les femmes chez les Soninké, une ethnie appartenant au groupe mandé du Mali mais vivant au Sénégal oriental :

« Dans la tradition africaine, le savoir des hommes est souvent séparé du savoir des femmes, et se transmet parallèlement aux garçons et aux filles. [...] Cette différenciation sexuelle de la connaissance prend en compte le devenir différencié des enfants : les secrets donnés aux garçons restent dans le lignage, ceux confiés aux filles vont passer dans d'autres groupes après leur mariage. L'instabilité lignagère du savoir féminin contribue ainsi à le dévaloriser » (Fassin, 1992).

La virilocalité, qui est aussi pratiquée dans notre zone d'étude, laisse supposer que cette cause a pu être à l'origine d'un transfert des connaissances et compétences tradithérapeutiques plus important aux hommes qu'aux femmes. De plus, cette caractéristique culturelle, c'est-à-dire le départ des filles à leur mariage, qui arrive parfois à l'âge de 15 ou 16 ans, rompt la possibilité d'acquisition de compétence qui se réalise souvent sur une très longue période comme nous avons pu le voir plus haut.

### **Évolution et transformation du savoir empirique des guérisseurs**

Le nombre et les catégories de maladies ou symptômes qu'un guérisseur peut traiter et son degré de compétence varient d'un guérisseur à l'autre. Le savoir empirique est ainsi un savoir fondé sur l'expérience personnelle des guérisseurs.

Les formateurs ayant eux-mêmes été formés par des individus différents, ayant une pharmacopée différente, forment à leur tour leurs apprentis selon ce qu'ils ont appris, retenu et modifié par l'intervention des ancêtres venus compléter leur formation en rêve. Leur bagage de connaissances est donc en constante évolution :

« Il y a différents guérisseurs. Ça dépend d'où vous avez appris à soigner les gens. Quand même, vous travaillez ensemble. Entre les deux guérisseurs, ce n'est pas la même chose. L'endroit où on étudie peut être différent. Il y a des possibilités d'échange entre eux, et s'ils apprennent dans le même coin c'est pareil » (Guérisseur 08).

« Il n'y a pas un nombre [de recettes de médicaments à la fin d'une formation], ça dépend de l'apprenti, s'il peut garder beaucoup de choses qu'on lui a montrées, là aussi il peut soigner beaucoup de choses, mais, s'il oublie beaucoup de choses aussi, il peut soigner moins de choses. Ça dépend de la personne.

J'ai appris, après mon père, avec les Bambaras du Mali. Eux, ils connaissent beaucoup. Il y a des herbes, aussi, qui ne sont pas des plantes partout. Il y a des herbes, sur le karité là, il y a une autre petite plante qui pousse sur ça, que ça là on l'utilise quoi, donc plus que cent. Un seul arbre, là, ça peut soigner trois maladies. La vigne du karité, ça peut soigner trois maladies » (Guérisseur 02).

« Je connais un seul traitement que ma mère et les autres guérisseurs des générations précédentes ne connaissaient pas. Il s'agit du traitement du *sumaya* chez les ânes. C'est au cours d'une nuit que la pensée [rêve] de ce traitement m'est venue. Il s'agit en quelque sorte d'une révélation d'Allah » (Guérisseur 01).

Dans son ouvrage intitulé : *Pouvoir et maladie en Afrique*, Fassin (1992) interprète cette particularité du savoir traditionnel et fait valoir la prudence dans toute tentative de description de ce corpus :

« Ainsi pourrait-on dire que la façon de nommer et de classer ne se comprend que dans l'acte thérapeutique où elle est utilisée concrètement ; que les guérisseurs, en raison des modalités différentes de leur formation, ont des nosologies nécessairement distinctes ; et enfin que la personne interrogée peut avoir des difficultés à formaliser ses propres raisonnements. Toutes ces explications sont exactes ; pourtant, elles ne disent pas tout de cette question. Il faut en effet leur ajouter une raison générale : le savoir des guérisseurs acquis et transmis oralement, non seulement admet des variations, mais plus encore n'existe que dans ces transformations permanentes du corpus ; ne se référant à aucune source écrite, les connaissances qu'ils ont acquises ne correspondent pas au souci de modélisation que suppose tout système classificatoire écrit. » (Fassin, 1992).

Cette disparité apparente entre les compétences de chacun des guérisseurs rencontrés ne permet donc pas de parler d'un unique corpus de savoirs traditionnels, mais plutôt de multiples corpus de savoirs traditionnels présentant toutefois une certaine homogénéité relevant du sens commun. Ainsi, étant donné les limites des guérisseurs, la collaboration entre les différents guérisseurs est plutôt courante. Le savoir empirique est donc un savoir partiel parce qu'infini, il nécessite l'échange entre les différents guérisseurs.

Cette collaboration peut se faire par un échange d'information sur les maladies ou la pharmacopée entre les différents guérisseurs ou par la redirection d'un patient qu'un guérisseur ne peut pas soigner vers un guérisseur qu'il sait posséder la compétence à soigner le problème de santé du patient :

« S'il y a un cas comme ça [une maladie qu'il ne sait pas soigner], je montre à un autre guérisseur, comme les connaissances sont différentes, on change de guérisseurs » (Guérisseur 11).

Le savoir empirique qui est un savoir partiel nécessite donc aussi parfois l'appui et la technologie des hôpitaux et CSPS. La collaboration des guérisseurs avec les hôpitaux et les autres structures de soins comme les CSPS est bien présente et sans doute encouragée par les efforts de sensibilisation par le secteur de la santé publique. La nécessité d'une opération ou l'apparition d'une maladie à évolution rapide vers un état grave amènera souvent un guérisseur à rediriger le patient vers les soins occidentaux :

« Après avoir donné des produits pendant une semaine, alors qu'en 2 ou 3 jours il peut être guéri, ou si on voit des gens mal en point, on peut les envoyer à l'hôpital directement, comme dans le cas d'une brusque fièvre » (Guérisseur 10).

« Des gens à l'hôpital des fois? Ça peut arriver, par exemple, pour les opérations, il faut aller à l'hôpital » (Guérisseur 04).

« [Est-ce que tu dis à tes patients d'aller à l'hôpital parfois?] Oui, beaucoup même. Si tu dis aux gens, il faut prendre et faut voir, on fait d'abord [le médicament traditionnel] et si ça ne marche pas, il faut aller à l'hôpital. Mais, il faut sortir l'argent. Pour moi, ça ne dépasse pas 500 francs, 100 francs, 200 francs... Mais l'hôpital, 5000 francs, 10000 francs! Mais, il faut partir pour voir à l'hôpital d'abord » (Guérisseur 01).

« On peut dire ça, mais ce n'est pas tous les gens qui vont y aller. Il y a des gens qui ont peur des infirmiers. Ils pensent qu'ils vont mourir à l'hôpital » (Guérisseur 02).

Le transfert des patients semble aussi se réaliser de l'hôpital (ou CSPA) vers les guérisseurs, en particulier pour certaines maladies hépatiques ou certaines maladies dues à la sorcellerie :

« Non, je n'ai jamais envoyé moi-même quelqu'un à l'hôpital, c'est le contraire, les gens vont d'abord à l'hôpital et, quand ça ne marche pas, ils viennent me voir » (Guérisseur 02).



« Des fois, les gens de l'hôpital renvoient des gens chez les guérisseurs. Les docteurs leur font confiance parce qu'eux [les médecins] ne peuvent pas tout soigner. Par exemple pour la jaunisse (*wara*) il y a de bons médicaments traditionnels et la polio (*sadimi*, maladie du serpent) se traite avec une racine. À l'hôpital, ils te font une piqûre seulement et tu meurs » (Guérisseur 06).

« Si c'est la sorcellerie, ils viennent [voir le guérisseur] parce que les gens de l'hôpital ne connaissent pas [la sorcellerie] » (Guérisseur 08).

Dans le cas du *sumaya*, une « maladie de la fraîcheur » dont la symptomatologie s'approche du paludisme ou du rhume, cette redirection des patients est plutôt rare puisqu'une pharmacopée est connue de la plupart des guérisseurs et des patients eux-mêmes qui, comme nous le verrons dans un prochain chapitre, connaissent presque tous au moins une plante utile pour le soigner le *sumaya*, que cette dernière soit efficace ou non. Par contre, nous verrons que le retard des patients à consulter provoque souvent un état de maladie aggravé qui nécessite une hospitalisation.

### **Leur jugement sur les comportements des patients**

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre traitant de l'espace médical, le retard des patients dans la quête de soins professionnels pose un réel problème pour les infirmiers et médecins qui se trouvent souvent aux prises avec des cas de paludisme trop avancé. Lorsqu'on amène un enfant dans un état avancé de la maladie, que ce soit un neuropaludisme ou une anémie grave, les chances de rémission de l'enfant sont plutôt faibles.

Ceci conduit invariablement à entretenir la crainte de la communauté voulant que celui qui part à l'hôpital y trouve la mort. Le retard a souvent été considéré

comme la résultante directe du passage préalable des patients chez le guérisseur. On sait maintenant que ces derniers reçoivent aussi assez fréquemment leur lot de patients ayant trop tardé avant de venir les consulter :

« Les patients ne viennent pas assez tôt. Ils essaient de se soigner seuls, ils viennent à la dernière minute, ils peuvent attendre 15 jours comme ça. Les gens ne sont pas très sérieux pour se soigner, ils se laissent sans se soigner » (Guérisseur 02).

« Les gens attendent longtemps. Parfois, ils cachent leurs maladies, d'autres fois ils vont voir un guérisseur. Des familles partent tout de suite, alors il y a de meilleures chances d'être guéri, si le parent traite lui-même, l'enfant peut mourir » (Guérisseur 03).

« La nourriture peut provoquer le *sumaya*, alors les gens attendent trop longtemps pour se soigner, ils se cachent. Les gens ne savent pas toujours de quoi ils souffrent. Certains, au début, voient plusieurs guérisseurs avant de venir me voir, et donc sont plus fatigués. Au village, ils viennent plus tôt. Il faut le leur dire si le patient est venu trop tard. Ça arrive la moitié du temps » (Guérisseur 10).

Parfois, ce sont les raisons économiques, elles-mêmes liées à la prise de décision par le chef de famille, qui sont pointées du doigt dans le retard des patients :

« La femme doit demander au mari avant d'aller voir un guérisseur. Elle doit lui en parler avant. Si le mari est dans les champs, le petit frère qui est là remplace le mari absent. Il y a des maris qui refusent que leur femme aille voir un guérisseur, ils ne veulent pas dépenser. Mais ce n'est pas beaucoup » (Guérisseur 04).

« Certains veulent garder l'argent pour eux. Parfois, je gronde les gens qui disent qu'ils n'ont pas d'argent. Certains ont peur de moi, peur de se faire gronder » (Guérisseur 02).

Bien que les tradipraticiens soient un groupe très respecté dans leur communauté, ils sont aussi beaucoup craints par les patients. Leur effort de sensibilisation pour réduire le laps de temps entre le début de la maladie et la consultation des guérisseurs est donc un acte plutôt délicat :

« Quand ils arrivent tard, on leur dit qu'il fallait venir avant, que c'est une chance s'il réussit à guérir. Mais ils laissent, attendent jusqu'à presque la mort, ils ne sont pas sérieux. C'est une mauvaise idée, une mauvaise pensée que c'est Dieu qui va aider, ce n'est pas bon de penser ça. Tout le monde fait ça [catholique, musulman, etc.], mais ce n'est pas bon de gronder quelqu'un qui est malade. Si on voit un autre malade qui a la même chose que lui, on va dire : il faut aller vite pour la guérison [les soins]. Ça ne m'empêche pas de le soigner » (Guérisseur 02).

Nous pouvons donc constater que les tradipraticiens souffrent aussi du retard des patients pour la consultation. Cette automédication traditionnelle des individus semble avoir été sous-estimée dans les campagnes de sensibilisation qui trop souvent accusent à tort la médecine des guérisseurs d'être responsable de ce retard des patients à se présenter dans les CSPS.

L'automédication est un comportement répandu dans la communauté de la zone de recherche. Nous verrons dans le chapitre traitant des résultats de l'espace familial, l'ampleur que peut prendre l'automédication. Nous avons interrogé les tradipraticiens à ce sujet :

« Il y avait des parents, ils sont venus avec un enfant et ils ont reçu des soins par une plante et, comme ils connaissaient la plante, ils ne sont plus revenus pour continuer les soins. Bon, l'enfant lui-même, il est mort aujourd'hui. Moi, je ne suis pas allé saluer d'abord [assister aux funérailles de l'enfant]. Tout ça, bon... il faut faire attention. C'est pourquoi je n'aime pas vraiment montrer à beaucoup de gens l'apprentissage. Il y a des gens qui écoutent et d'autres qui ne font pas attention et la maladie revient. J'ai peur de faire ça, peur de faire empirer le cas. Sinon, il y a des gens qui peuvent arrêter

l'apprentissage et continuer seuls. Parfois, ce n'était pas moi qui leur avais dit de faire ça, ils connaissaient eux-mêmes la plante » (Guérisseur 02).

« Parfois, on peut montrer au malade son médicament, mais aussi ils oublient. Ils ne peuvent pas tout retenir » (Guérisseur 08).

« S'ils ont l'argent, certains patients achètent une plus grande quantité de médicaments que d'autres, mais on ne sait pas si c'est pour prendre tout de suite [pour le présent épisode de maladie] ou si c'est pour une autre fois » (Guérisseur 01).

« Il y a des guérisseurs qui connaissent comment soigner les plaies avec les racines pour faire la poudre ou pour faire bouillir, les gens, eux-mêmes, ils ne connaissent pas. Il y a des cas où ça devient grave quand les gens se soignent seuls. Quand la plaie pourrit [gangrène]. Personne ne peut tout connaître comme les guérisseurs » (Guérisseur 06).

« Avant de venir, des gens prennent le *neem*, le filao ou le quassia. Ils vont se soigner eux-mêmes. Là, il n'y a pas toujours des problèmes. On ne sait pas combien de temps les gens attendent avant de venir nous voir » (Guérisseur 11).

Les tradipraticiens semblent donc d'accord pour affirmer l'incompétence de plusieurs individus de la communauté à pratiquer l'automédication. Cette incompétence peut venir d'un manque de connaissance à plusieurs niveaux, ce qui les empêcherait de bien pratiquer l'automédication.

Nous avons demandé aux guérisseurs de nous parler de la nature des connaissances des gens qui viennent les consulter :

« Ils [les patients] connaissent les symptômes et le guérisseur trouve la maladie » (Guérisseur 02).

La connaissance des patients peut donc être au niveau des symptômes comme reconnaître la fièvre ou reconnaître la présence de symptômes leur indiquant l'état de maladie sans pouvoir cependant mettre un nom sur la maladie. Ils ont donc besoin d'un tradipraticien pour savoir ce dont ils souffrent :

« La fièvre, le chaud-froid, ça, les mères connaissent bien. Certaines personnes connaissent leurs maladies, et d'autres non » (Guérisseur 11).

Certains patients arrivent toutefois à poser leur propre diagnostic. Ils reconnaissent leur propre maladie en fonction des malaises ou symptômes présents. Une fois la maladie reconnue, certaines personnes vont savoir à quel tradipraticien se référer en fonction de la réputation de compétence pour cette maladie :

« Les gens connaissent mon travail de guérisseur. La plupart d'entre eux viennent me voir quand ils savent que je peux guérir la maladie dont ils souffrent » (Guérisseur 01).

« Il y en a qui connaissent leur maladie, pas beaucoup, mais, ils ne connaissent pas les médicaments » (Guérisseur 04).

Ainsi, les tradipraticiens semblent d'accord pour affirmer que, même si certains patients reconnaissent les symptômes d'une maladie, seuls les guérisseurs sont à même de connaître les bons produits à utiliser dans le traitement.

### **Conclusion de l'espace tradithérapeutique**

Contrairement à notre métaphore de l'espace médical voulant que les infirmiers et CSPS soient autant de mains tendues vers les villageois pour offrir des soins de

santé, les tradipraticiens offrent une aide de l'intérieur du village plutôt qu'une aide qui provient de l'extérieur. Le rôle qu'ils remplissent fait partie intégrante du système villageois. Dans le cas des Angbandi de la République Démocratique du Congo (RDC) (appelé autrefois le Zaïre) chez qui la médecine des guérisseurs est totalement ancrée dans leur culture, Bibeau (1979) a écrit ceci :

« Si les frontières qui marquent les limites du domaine médical ngbandi sont si difficiles à tracer, cela provient du fait que cette médecine est profondément enracinée dans la culture ngbandi. Notre immersion dans une médecine occidentale totalement déculturalisée nous empêche de bien saisir toutes les implications inhérentes à l'existence de racines culturelles nourricières d'un système médical. La science médicale globale dont j'ai parlé plus haut peut justement apparaître et se développer comme un tout parce que la médecine est directement articulée à la culture. [...]

En conclusion, je voudrais affirmer que la médecine ne constitue pas en vérité chez les Angbandi un domaine isolable, mais qu'elle s'y présente plutôt sous la forme d'activités de médiation qui irradient dans tous les domaines la culture. Il ne convient donc pas de chercher à la médecine une place plus ou moins importante à côté de la politique, de l'économique ou du social puisqu'elle est déjà présente dans ces réalités et dans bien d'autres encore. La médecine ngbandi se présente comme un art de vivre dans son corps, dans son groupe, dans son milieu et partout » (Bibeau, 1979).

Le tradipraticien est un membre du village à part entière, puisque, bien souvent, il y est né, y a grandi, et a joué le rôle qu'il devait naturellement remplir. Il est devenu le remplaçant naturel, presque forcé, mais tout à fait content de son sort, de son propre père, le guérisseur du village. On sent très bien qu'il est, tout comme les fruits de son travail, enraciné profondément dans sa culture.

Il accueille les patients chez lui, leur offre le thé, prend des nouvelles de la famille qu'il connaît très bien et cherche toujours à se placer dans la position de celui qui sert, dans un complet don de soi. C'est un choix difficile qu'il a fait à un si jeune âge, mais un métier qui semble fait pour lui, en fonction de son caractère et de ses

aptitudes naturelles. C'est peut-être trop souvent un homme, mais l'exigence physique du métier est limitant, et les femmes encore toujours trop essentielles dans leur concession, devant rester auprès des enfants, à jouer leur rôle... dans la cuisine.

La réalité des villageois, c'est aussi sa réalité. Leur environnement, c'est aussi le sien. Le guérisseur et ses patients parlent ensemble dans la langue locale ou véhiculaire de la même chose, de cette maladie ou catégorie de la fraîcheur, ledit *sumaya*. Il ne doutent pas que le sorcier *Konon* puisse être impliqué dans la maladie du même nom, pas plus qu'il ne doute qu'en tant que guérisseur, il puisse soigner ce type d'affection.

Les guérisseurs rencontrés restent cependant très conscients que leurs compétences reposent sur un très long et complexe apprentissage empirique et que l'acquisition de cette compétence par les individus est très complexe si ces derniers n'acquièrent pas d'abord la même expérience que le maître tradipraticien. Cette charge de conservateur du savoir traditionnel implique aussi que la connaissance des patients risque aussi d'être limitée. Ils sont donc aussi confrontés aux comportements d'automédication des patients et aux retards des patients à venir les consulter, avec pour conséquences un état aggravé de la maladie chez des malades qui ne souffraient au départ que d'une maladie facile à traiter. Sur ce sujet, Fassin (1992) nous rappelle l'importance du secteur populaire dans la recherche de soin par la communauté :

« Mais à parler de ces hommes et de ces femmes de savoir réputés, vivant parfois de leur seule pratique médicale, ne doit pas faire oublier qu'une grande partie des soins – 70 à 90 % d'après A. Kleinman (1978) – sont donnés dans le secteur populaire (popular arena) c'est-à-dire à l'intérieur du réseau familial et social, sans recours au guérisseur, au marabout ou au dispensaire. La fréquente présence de « vieux » et de « vieilles » dans les familles citadines et la détention de savoirs par beaucoup d'hommes et de femmes qui « s'intéressent à la tradition » font que l'événement produit par la maladie amène

l'entourage proche du malade à se manifester sous forme de conseils et de soins, et à révéler des connaissances qu'il est dangereux ou malséant d'exhiber en dehors de ces situations de nécessité » (Fassin, 1992).

Nous y reviendrons dans le chapitre suivant traitant de l'espace familial. L'hôpital et les différents dispensaires restent sans doute encore leurs meilleurs alliés dans la lutte contre cette maladie si dévastatrice, mais en même temps leurs pires ennemis par l'introduction dans leur environnement d'abord plutôt stable, des produits chimiques; des médicaments modernes qui sont, en quelque sorte, venus diminuer l'efficacité des produits traditionnels contenant de la quinine naturelle par le phénomène de la mutation du *Plasmodium* en une souche plus résistante et de plus en plus difficile à soigner par les plantes.

En attendant, il ne reste plus qu'à espérer que les qualités adaptatives et les constants changements dans la pharmacopée traditionnelle puissent générer des savoirs adaptés à l'évolution de l'ennemi, le *Plasmodium*, afin de pouvoir continuer à puiser dans la nature tout ce qu'il leur faudra pour survivre et conserver la santé.

Dans le chapitre suivant, nous allons plonger au coeur de l'espace familial en s'attardant aux conceptions, interprétations et représentations du paludisme, ou *sumaya*, qui sont, nous le verrons, intimement liées au contexte socioculturel. Ce système de sens nous fournira la clé de l'intelligibilité des processus favorisant ou non l'acquisition, par la mère principalement, des connaissances et compétences préventives et curatives ainsi que les performances sanitaires en résultant.



## **CHAPITRE 7**

### **ESPACE FAMILIAL**

Aux chapitres précédents, les infirmiers, les professeurs et les guérisseurs nous ont parlé des performances ou des compétences effectives de la communauté, et plus particulièrement des mères. Nous avons exploré la nosographie biomédicale du paludisme et la nosographie traditionnelle du *sumaya*. Lorsque c'était possible, nous avons été témoins, lors de leur rapport avec les familles, de l'acquisition de connaissances et compétences virtuelles de leurs patients ou élèves.

Dans l'espace familial, nous devons nous attarder plus particulièrement à la mère, car bien souvent c'est elle la première intervenante auprès des enfants en cas de maladie. Elle est aussi très souvent l'accompagnatrice lors des visites chez l'infirmier ou le tradipraticien. Mais avant tout, c'est elle qui soigne d'abord ses enfants à la maison à l'aide de médication traditionnelle (Drabo et al., 2003; Beiersmann, 2005; Deressa, Ali, Enqusellassie, 2003).

### **Des familles des ethnies Bwaba et Marka**

Tout au long de notre recherche, nous avons cherché les points communs entre les habitants de la zone de recherche, plutôt que de chercher à séparer les ethnies au point de n'avoir de solutions à apporter que pour une seule d'entre elles, car, le paludisme, c'est d'abord un problème de communauté. Il a toutefois été possible de nous concentrer sur deux ethnies majoritaires dans notre zone, c'est-à-dire les Bwabas et les Markas (aussi appelé Dafings).

Le choix de nos informateurs nous a conduit spontanément dans cette direction. Nous voulions au départ nous concentrer sur les Bwabas. Mais lorsque notre informateur nous a amené chez un tradipraticien qu'il disait reconnu dans la région, et même au-delà, nos premières visites chez lui nous ont rapidement fait constater qu'il ne recevait pas que des Bwabas. Des gens issus d'autres groupes culturels, principalement des Markas dus à leur grand nombre dans la région, venaient le voir. Nous savions qu'il pouvait en être de même pour les tradipraticiens markas rencontrés grâce à l'un de nos informateurs bwabas.

Pour l'infirmier, autant que pour le professeur, l'ethnie d'un patient ou d'un élève est très souvent subordonnée à certaines pratiques typiques communes à toute la communauté de la région et la séparation par ethnie perd ainsi un peu de son sens. Aussi, leurs comportements face à certains points clés pour notre recherche, comme la lutte au paludisme, sont suffisamment similaires pour être traités comme issus d'une grande culture régionale.

De plus, les 229 questionnaires recueillis auprès de femmes bwabas et markas, ont révélé qu'un peu plus de 10 pour cent d'entre elles provenaient de mariages mixtes, dont la majorité entre Bwabas et Markas. Ainsi, lorsque l'on désire étudier le transfert de compétence en santé, comme c'est le cas dans la présente

recherche, nous devons prendre en compte les échanges entre ces deux groupes si proches, tant culturellement que physiquement.

Les données de l'espace familial ont été recueillies au sein de familles bwabas et markas. En plus des questionnaires distribués à des mères de famille, nous avons demandé à nos informateurs de nous présenter à une quinzaine de familles de l'une ou l'autre de ces deux ethnies afin de passer quelques jours en leur compagnie.

Mon conjoint, M. Eric Dubé et moi avons été hébergés dans leur concession et avons donc été des témoins privilégiés de leur comportement aux heures où les moustiques sont les plus actifs, c'est-à-dire tard dans la soirée et au cours de la nuit. Durant la journée, je suivais la mère de la famille et participais à ses activités. Pendant ce temps, Eric suivait le chef de famille et participait aussi à ses activités. Cette approche des familles par le genre a permis un rapprochement maximal et une connivence qui favorisait les confidences de la mère et du chef de famille à des chercheurs du même genre qu'eux.

### **Les secteurs de Nouna et les villages étudiés**

Nos questionnaires de type CAP (connaissances, attitudes et pratiques) concernant le paludisme ont été distribués dans chacun des 6 secteurs de la ville de Nouna en plus de Koussiri, ce dernier étant considéré comme le 7<sup>e</sup> secteur, ainsi que dans dix villages de la zone de recherche. Les dix villages sont : Bagala, Biron-Bobo, Bourasso, Dara, Dembo, Goni, Kéména, Pâ, Soin et Ténou. Le choix de ces villages a été motivé par le fait que nous y avons étudié d'autres espaces comme l'espace tradithérapeutique, puisqu'on y avait rencontré des tradipraticiens ou encore l'espace médical parce que les CSPA visités desservaient les gens de ces villages.

Nous avons fait passer 120 questionnaires dans les différents secteurs de la ville de Nouna et 120 dans les différents villages énumérés ci-haut. Au total, 11 questionnaires ont été retirés des analyses pour différentes raisons, comme les caractéristiques de la mère qui ne correspondait pas à nos exigences ou des questionnaires qui n'avaient pas été correctement remplis. Comme nous voulions une centaine de questionnaires dans la ville de Nouna et une autre centaine dans les villages, nous sommes satisfaits d'avoir obtenu au final 110 questionnaires valides pour la ville de Nouna et 119 questionnaires valides pour l'ensemble des villages, pour un total de 229 mères interrogées au sujet du paludisme.

### **Caractéristiques sociodémographiques des mères interrogées**

Afin de donner une idée de nos échantillons de mères à la ville et dans les villages, nous dressons ici brièvement leur portrait sociodémographique.

#### **Les mères vivant dans la ville de Nouna**

Dans notre échantillon urbain (110 mères), nous avons 27 mères bwabas et 83 mères markas, ce dernier groupe ethnique étant représenté de façon plus importante que les Bwabas dans la ville de Nouna. Les mères étaient âgées de 18 à 51 ans, avec une moyenne de 30 ans. Plus de la moitié des mères, c'est-à-dire 65 mères, étaient seulement ménagères sans revenus et 39 mères affirmaient être ménagères, mais avoir aussi une autre occupation. Seulement 6 d'entre elles affirmaient avoir une autre occupation sans être aussi ménagères. Parmi les autres occupations citées nous retrouvons, par ordre de fréquence : 19 dolotières (femmes qui préparent et servent le dolo, une bière à base de mil), 16 agricultrices, 10 commerçantes de rue, 6 coiffeuses/griottes, 3 élèves, 2 potières, 2 fonctionnaires, 1 commerçante en boutique, 1 restauratrice et 1 gérante de

fontaine. Parmi les mères urbaines, 35 % bénéficient donc d'un petit revenu personnel pouvant être mobilisé pour la famille, mais aussi potentiellement pour les services de santé.

Nous avons une majorité de mères (56 mères) de niveau socio-économique moyen. 27 mères étaient de niveau socio-économique bas, 21 mères étaient de niveau élevé et seulement 3 d'entre elles étaient considérées par notre enquêteur comme ayant un niveau socio-économique très bas. Le niveau socio-économique des participantes tel qu'évalué par notre enquêteur n'est présenté qu'à titre informatif. En effet, bien que notre enquêteur ait eu l'occasion à plusieurs reprises d'évaluer ce type de données pour d'autres enquêtes menées par le Centre de Recherche en Santé de Nouna qui l'emploie habituellement, nous ne lui avons donné aucune indication précise afin d'évaluer le niveau socio-économique pour la présente recherche. Nous sommes cependant persuadés que ses expériences passées dans ce type d'évaluation ont produit des résultats très réalistes.

Au niveau de l'état matrimonial, la majorité des mères étaient mariées (92 mères). Parmi elles, 19 vivaient en polygamie, c'est-à-dire que leur mari avait plus d'une femme. Nous avons aussi 7 filles-mères, 6 veuves et 4 divorcées.

La majorité des mères étaient musulmanes ou catholiques (respectivement 61 et 42 mères). Seulement 6 mères étaient protestantes et une seule se disait uniquement animiste. 28 mères avaient leur belle-mère sur la concession et 9 mères avaient leur propre mère (grand-mère maternelle) sur la concession. La majorité cependant vivait dans une concession sans grand-mère (73 mères).

Dans notre échantillon de ville, 66 mères n'avaient reçu aucune éducation en milieu scolaire et étaient analphabètes. 19 mères avaient commencé des études secondaires, 18 avaient commencé des études primaires, mais n'avaient pas

poursuivi au secondaire et 7 mères avaient appris à lire à l'aide des groupes de tontines, mais n'avaient pas fréquenté l'école.

Au moment de l'enquête, 11 femmes ont annoncé leur grossesse en cours. L'âge au premier enfant varie, dans notre échantillon, entre 14 ans pour la plus jeune et 35 ans pour la plus âgée. La moyenne est de 19 ans et le mode est de 18 ans pour l'âge de la mère au premier enfant.

Le nombre d'enfants vivants au moment de l'enquête varie entre 1 et 9 enfants par mère avec une moyenne de 3 enfants. Le nombre d'enfants décédés pour l'ensemble de nos mères de ville est de 20 enfants (18 % de décès infantile) avec une majorité de mères (95 mères) n'ayant perdu aucun enfant, 8 mères ayant perdu un seul enfant, 5 mères ayant perdu deux enfants, 1 mère ayant perdu 3 enfants et 1 mère ayant perdu 4 enfants. Concernant les 20 enfants décédés, les causes du décès telles qu'invoquées par les mères permettent de supposer que jusqu'à 13 d'entre eux (65 %) pourraient avoir succombé au paludisme.

### **Les mères vivant dans les villages**

Dans notre échantillon villageois (119 mères), nous avons 61 mères markas et 58 mères bwabas. L'âge des mères variait entre 16 ans et 60 ans, avec une moyenne et un mode de 30 ans. Dans les villages, toutes ont déclaré être ménagères avant tout. 34 mères pratiquent aussi l'occupation d'agricultrice, 16 d'entre elles sont aussi dolotières, 5 sont aussi coiffeuses/griottes, deux sont aussi commerçantes de rue, deux sont potières, une est commerçante dans une boutique et une dernière est restauratrice dans son village. Seulement 27 mères (22 %) ont des revenus supplémentaires pouvant éventuellement être mobilisés pour les services de soins comparativement à 35 % pour les mères urbaines.

Parmi nos 119 mères, 65 ont été évaluées comme ayant un niveau socio-économique relativement moyen par rapport aux autres villageois. 49 mères avaient un niveau plutôt bas, c'est un peu plus que ce qui avait été estimé pour la ville alors que seulement 5 d'entre elles auraient un niveau socio-économique ayant été jugé comme élevé par notre enquêteur comparativement à 21 mères de niveau élevé pour la ville. Le niveau socio-économique serait donc globalement moins élevé en village qu'à la ville.

Toutes les mères, à l'exception d'une seule fille-mère, étaient mariées et 17 d'entre elles avaient au moins une coépouse. Les participantes étaient en majorité catholiques (50 mères), 37 étaient musulmanes et 23 étaient protestantes. 9 mères nous ont affirmé être animistes, alors qu'une seule mère urbaine nous a affirmé la même chose.

On ne trouvait aucune grand-mère dans 84 concessions, alors que 34 concessions étaient habitées par la grand-mère paternelle et une seule par la grand-mère maternelle, ce qui correspond au mode de résidence virilocale plus fortement pratiquée en village comparativement à la ville où nous avons recensé 9 grands-mères maternelles dans les concessions.

Au niveau de l'instruction de la mère, 83 mères sont analphabètes comparativement à 66 mères analphabètes rencontrées dans notre échantillon de ville, 10 ont appris à lire, 24 ont fréquenté l'école primaire et seulement deux d'entre elles ont fréquenté l'école secondaire, ce qui signifie aussi que seules deux des 119 mères ont pu éventuellement bénéficier des leçons sur le paludisme enseignées à l'école.

En tout, 6 mères ont déclaré être enceintes au moment de l'enquête. L'âge au premier enfant variait entre 8 ans et 41 ans. Bien que l'on ait rencontré dans la littérature des cas de ménarche précoce, il est beaucoup plus probable qu'il

s'agisse d'une erreur quant à l'âge réel des mères ou encore de la récupération d'enfants d'une autre femme. Au total, deux mères ont affirmé avoir eu leur premier enfant à l'âge de 8 ans, une mère aurait accouché à l'âge de 10 ans et 2 mères auraient eu leur premier enfant à l'âge de 11 ans. Concernant les mères de 8 ans, l'une disait avoir 18 ans au moment de l'enquête et son enfant avait 10 ans alors que l'autre disait avoir 21 ans au moment de l'enquête et son enfant le plus âgé avait 13 ans. La moyenne de l'âge au premier enfant dans les villages est de 19 ans avec un mode de 18 ans, ce qui est similaire à la moyenne trouvée à la ville. Les mères avaient entre 1 et 9 enfants avec une moyenne de 4 enfants et un mode de 1 enfant.

Le nombre d'enfants décédés pour l'ensemble de nos mères villageoises était de 14 enfants, soit un taux de 12 % de mortalité infantile, soit légèrement plus faible qu'à la ville. Une mère avait perdu 9 enfants au moment de l'enquête, deux mères avaient perdu 4 enfants et une mère avait perdu 3 enfants.

### **Les compétences liées à la gestion de l'environnement**

Les efforts de sensibilisation pour la prévention du paludisme par les populations visent beaucoup la gestion de l'environnement. D'abord, on demande aux populations de se protéger de la piqure du moustique en dormant sous une moustiquaire imprégnée, donc d'agir sur leur environnement immédiat. On leur demande aussi d'assainir leur case des moustiques avec l'utilisation de produits répulsifs ou insecticides (spirales insectifuges, insecticides en aérosols, crèmes répulsives, etc.). Finalement, on demande aux communautés d'éliminer les gîtes larvaires. Cependant, selon l'avis de M. Saïdou Ouédraogo, un entomologiste du Centre de Recherche en Santé de Nouna que nous avons rencontré, ces tâches sont plus ou moins aisées selon que les communautés habitent à la ville ou dans les villages.



Pour ce qui est du paludisme, l'être humain devient, dans une approche écologique, à la fois une biocénose (être vivant - dans un milieu en interaction avec les moustiques) et un biotope (le corps - un milieu dans lequel évolue le protozoaire du *Plasmodium*). Nous verrons que l'évolution du paludisme par les différents processus d'anthropisation du milieu est double puisque les individus agissent sur l'environnement dans lequel ils évoluent en contribuant à la prolifération du vecteur, le moustique, mais qu'ils agissent aussi sur le milieu biologique du *Plasmodium* qui est leur propre corps en imposant une pression évolutive par la prise de traitements chimiques, responsables en partie du phénomène grandissant de résistance du *Plasmodium* aux médicaments. Ainsi, le paludisme est une maladie qui évolue constamment. Le *Plasmodium*, cet agent qui est directement responsable de la maladie, subit à la fois des pressions évolutives naturelles et des pressions dues à l'action humaine sur l'environnement (De Plaen, 2004).

Selon M. Ouedraogo, certains villages sont plus propices au développement de l'anophèle gambiae, principal vecteur du paludisme dans notre zone de recherche, que la ville de Nouna. Bien qu'il admette la présence de cet anophèle partout dans la ville comme dans les villages, ce sont les villages, qui sont plus sujets à voir apparaître à la saison des pluies des points d'eau propices aux gîtes larvaires du vecteur.

La ponte de l'anophèle gambiae demande un minimum d'un demi-litre d'eau propre et stagnante, située dans un site ensoleillé d'une profondeur ne dépassant pas un mètre et contenant un minimum de matière organique. Les larves sortent 24 heures après la ponte, et après 6 à 7 jours la larve devient une nymphe. 24 heures plus tard a lieu la métamorphose et l'anophèle cherche un premier repas de sang, pour un cycle complet d'environ 9 jours.

Certains villages, comme Gone ou Bagalla, caractérisés par une topographie de plaine avec bas-fond (marais), deviennent de véritables bassins d'eau à la saison des pluies. D'autres villages comme Bourasso, situés à proximité de la rivière Vouhoun, présentent une population d'anophèles plus importante qu'à la ville, dû à ce type de gîte larvaire naturel. Toujours selon M. Ouedraogo, la ville de Nouna est relativement moins propice à la rétention de points d'eau que les villages. L'eau de pluie est plus rapidement évaporée ou absorbée, nuisant ainsi au développement de la larve de l'anophèle, demandant, comme nous venons de le voir, un minimum d'environ une semaine.

De plus, M. Ouedraogo soutient que l'anophèle gambiae a une préférence pour les points d'eau claire par opposition aux moustiques culex qui préféreraient l'eau sale pour la ponte. Les gîtes larvaires du culex, vecteur de la filariose lymphatique (ou éléphantiasis), se retrouvent davantage dans les villes, car ce dernier s'accommode très bien des latrines et autres points d'eau sale de la ville, alors que les gîtes larvaires de l'anophèle gambiae se retrouvent davantage dans les villages qui abondent en points d'eau fraîche, à la saison des pluies.

Dans les villes comme dans les villages, les puits à ciel ouvert ne constituent pas des endroits propices au développement de l'anophèle gambiae, en raison de la basse température de l'eau et de la profondeur des puits. Tout au plus, allons-nous retrouver quelquefois l'anophèle qui se repose sur ses parois internes durant la journée.

La lutte préventive du paludisme par l'assèchement des points d'eau fraîche stagnante, telle qu'enseignée à la population et aux élèves, semble plus réaliste en ville, puisqu'il ne s'agit que de vider les contenants de l'eau accumulée durant les pluies dans la cour. Avec un effort communautaire, l'assèchement des points d'eau dispersés un peu partout dans la ville est possible. Dans les villages, où l'on parlera davantage d'inondation de certaines zones ou dans les villages près des

cours d'eau, ce qui n'est pas le cas de la ville de Nouna, ce type de lutte préventive est tout simplement impraticable.

Certaines pratiques humaines favorisent le développement des gîtes larvaires. On peut penser à certains types d'agriculture comme les rizières ou les cultures de maïs dont les techniques favorisent la rétention d'eau à la base des plants (De Plaen, 2004). On les retrouve à grande échelle principalement près des villages, mais aussi parfois en petites cultures vivrières dans la cour des concessions de ville.

Aussi, selon M. Ouedraogo, dans les cultures que l'on retrouve dans les concessions ou en périphérie de la ville de Nouna, l'eau est absorbée (ou évaporée) beaucoup plus rapidement que dans les villages inondés. Malgré le fait que ces sites de cultures soient créés par l'humain, l'importance des récoltes pour la survie des populations ne permet pas l'abolition de ces comportements en lutte préventive. Il en est de même pour les petites cultures de concessions qui demeurent stratégiques dans l'alimentation des familles qui, nous le verrons dans les réponses des mères, rendent inconcevable l'idée d'éviter de cultiver dans la cour pour plusieurs raisons.

Une autre pratique humaine importante dans la prolifération de l'anophèle, est la production de brique en banco (Sabatinelli et Lamizana, 1989). Dans la ville, cette production est plutôt dispersée et les trous causés par cette pratique sont souvent comblés et non permanents. De plus, le ciment tend de nos jours à remplacer le banco dans le domaine de la construction. Dans les villages, le problème est beaucoup plus important puisque le banco est encore largement utilisé. Aussi, les fosses à brique seront localisées en un seul endroit et ne seront presque jamais comblées par la suite, la fosse étant continuellement utilisée pour l'extraction de nouveau banco. Nous avons pu observer dans de nombreux villages, et parfois au cœur même des villages, d'immenses fosses de ce type. Comme la proximité d'un

puits est essentielle au processus de façonnage des briques, il n'est pas vraiment envisageable pour les villageois d'aller collecter l'argile à banco à une distance raisonnable du village. Ainsi, ces vastes fosses deviennent autant de gîtes larvaires à la saison des pluies, et la composition argileuse de ces sites favorise la conservation de l'eau pour une plus longue période.

L'anophèle *gambiae*, qui est le principal vecteur du paludisme dans notre zone de recherche, est une espèce dite endo-exophage, c'est-à-dire qu'elle prend ses repas de sang, soit à l'intérieur des cases des concessions, sur les individus couchés sur leur natte ou encore à l'extérieur des cases sur les individus qui se trouvent à l'extérieur le soir.

C'est aussi une espèce dite endophile, puisqu'en dehors des périodes où elle prend ses repas de sang ou lors de la ponte, elle vient se reposer à l'intérieur des cases. Durant la journée, la chaleur et le soleil peuvent lui faire beaucoup de tort et elle préfère venir se reposer dans l'ombre et la fraîcheur de la case en banco, d'autant plus si cette dernière est pourvue d'un toit de terre ou de paille (Yé et al., 2006). Ce type d'habitation et de toiture favorisant la présence de l'anophèle se retrouve davantage dans les villages que dans la ville de Nouna où les maisons en béton et aux toits de tôle ondulée sont beaucoup plus fréquentes.

Cette caractéristique des habitations fait en sorte d'exposer davantage les populations villageoises que les populations urbaines à une présence accrue des vecteurs du paludisme, augmentent par la même occasion le risque d'infection au *Plasmodium* (Yé et al., 2006).

L'efficacité de la moustiquaire est, elle aussi, grandement entravée par certaines pratiques culturelles. La plus importante est sans doute les causeries du soir pratiquées dans la cour de la concession. Nous avons en effet été témoins de

séances de causerie se poursuivant régulièrement jusqu'à minuit, en raison de la baisse de la température qui est alors beaucoup plus agréable après 21 heures.

Comme les causeries font partie de l'éducation des enfants qui restent toujours à proximité des adultes pour les écouter et apprendre (Erny, 1972), il n'est pas rare de voir les enfants s'endormir sur une natte posée à l'extérieur de leur case. Ce n'est que vers 21 heures que certaines mères commencent à réveiller leurs enfants pour les mettre au lit, mais, selon nos observations, une majorité d'enfants n'iront au lit qu'après 22 ou 23 heures, et parfois sous une moustiquaire lorsque les parents ont pu effectivement s'en procurer une pour eux.

À cette heure, nombre d'entre eux ont déjà été piqués par les moustiques qui sortent dès 21 heures pour leurs repas sanguins. Selon M. Ouédraogo, on aurait déjà même observé l'anophèle sortir avant 21 heures pour son repas. Tous ces comportements culturels que l'on a pu observer dans chacune des concessions où nous avons séjourné sont donc très problématiques pour l'utilisation appropriée de la moustiquaire.

### **Connaissances et compétences concernant le *sumaya***

Puisqu'il n'existe pas, dans les langues locales, d'équivalent au concept biomédical du paludisme et que les questions ne pouvaient être posées aux mères en français, notre enquêteur a eu pour instruction de parler du *sumaya* (ou *suyin*, *hinlo*, etc.) aux mères rencontrées qui ne comprenaient pas le français, malgré que nous soyons conscients du fait qu'il n'y a pas, tel que nous l'avons vu au chapitre précédent, de concordance parfaite entre ces deux termes.

Lorsqu'on a demandé aux mères de nous dire ce qu'était le *sumaya* (aussi appelé *suyin*, *hinlo* ou *wewiya* selon le dialecte local), 189 des 229 mères (82.5 % des

mères) nous ont répondu sans plus qu'il s'agissait d'une maladie. 7 mères nous ont dit qu'elles ne savaient pas ce qu'était le *sumaya*. 2 mères nous ont dit que c'était une maladie des pauvres. Les autres mères nous ont répondu par la cause, la symptomatologie ou la gravité de la maladie.

Qu'est-ce qui cause le *sumaya* ? En réponse à cette question, 39 mères urbaines (35,4 %) et 16 mères villageoises (13,4 %) nous ont dit que seul le moustique donnait le *sumaya*. 24 mères urbaines (21,8 %) et 14 mères villageoises (11,7 %) nous ont affirmé qu'il pouvait être causé à la fois par le moustique et par autre chose comme la saleté ou le froid. Finalement, 29 mères urbaines (26,3 %) et 55 mères villageoises (46,2 %) nous ont affirmé que le *sumaya* était causé par autre chose que le moustique.

**Tableau 12. Causes du paludisme selon les mères**

Causes	Mères urbaines		Mères villageoises	
	n	%	n	%
Moustique seulement	39	35,4 %	16	13,4 %
Moustique et autre cause	24	21,8 %	14	11,7 %
Autre cause seulement	29	26,3 %	55	42,6 %
Cause inconnue	18	16,5 %	34	32,3 %

Parmi les causes mentionnées, autres que le moustique, quatre catégories de causes ont été invoquées, soit : les causes liées à la température (chaud, froid, eau froide, soleil, etc.), les causes liées à la saleté (saleté de l'environnement, malpropreté corporelle, l'eau sale, etc.), les causes liées aux intempéries (la pluie, le vent, les tempêtes de sable, etc.) et finalement les causes liées à la nourriture (les fruits frais, la nourriture en générale, etc.). Les causes liées à la température ont davantage été mentionnées par les mères villageoises, alors que la nourriture a plutôt été mentionnée par les mères urbaines. La saleté et les intempéries sont ressorties de façon plutôt équivalente dans les deux groupes. Au total, 52 mères

ne connaissaient pas les causes du *sumaya*, dont 34 mères villageoises (28,5 %) et 18 mères urbaines (16,3 %).

Concernant les différents symptômes du *sumaya*, c'est le symptôme de la fièvre (ou corps chaud) qui a été mentionné le plus fréquemment, soit par 96 mères urbaines (87,2 %) et par 101 mères villageoises (84,4 %). Les maux de tête ont été cités par 26 mères urbaines (23,6 %) et par 19 mères villageoises (15,9 %). Les nausées et vomissements ont été mentionnés par 64 mères urbaines (58,1 %) et par 53 mères villageoises (44,5 %). Les pertes d'appétit ont été mentionnées par 35 mères urbaines (31,8 %) et 19 mères villageoises (15,9 %). Les courbatures et autres douleurs corporelles ont été mentionnées par une seule mère urbaine et par 4 mères villageoises. La fatigue a été mentionnée par 9 mères urbaines et par 10 mères villageoises. La diarrhée a été nommée par 14 mères urbaines et par 7 mères villageoises.

**Tableau 13. Symptômes du paludisme selon les mères**

Symptômes	Mères urbaines		Mères villageoises	
	n	%	n	%
Fièvre/corps chaud	96	87,2 %	101	84,4 %
Maux de tête	26	23,6 %	19	15,9 %
Nausées et vomissements	64	58,1 %	53	44,5 %
Pertes d'appétit	35	31,8 %	19	15,9 %
Courbatures	1	0,9 %	4	3,4 %
Fatigue	9	8,2 %	10	8,4 %
Diarrhée	14	12,7 %	7	5,9 %
Autres symptômes	21	19,0 %	60	50,0 %

Parmi les symptômes qui ne sont pas habituellement associés au paludisme, on retrouvait le nez qui coule, les fissures anales, la toux, les maux de ventre, les yeux rouges, les boutons, et une coloration anormale de l'urine. Ces symptômes ont été mentionnés par 21 mères urbaines (19 %) et 60 mères villageoises (50 %),

ce qui dénote une plus grande confusion chez les mères villageoises entre les symptômes des différentes maladies rencontrées.

Une majorité de mères urbaines (88,1 %) et villageoises (92,4 %) nous a dit que le *sumaya* pouvait être soigné par les médicaments antipaludiques (chloroquine, nivaquine ou fanzidar<sup>TM</sup>). Plusieurs mères ont aussi affirmé que le paracétamol ou l'Aspirine<sup>TM</sup> soignait le paludisme, dont 54 mères urbaines (49 %) et 100 mères villageoises (84 %). Peu de mères cependant ont soutenu qu'il fallait une consultation médicale au dispensaire (3 mères urbaines et 1 mère villageoise seulement). 66 mères urbaines (60 %) et 67 mères villageoises (56,3 %) ont affirmé que l'on peut soigner le *sumaya* par les plantes. Parmi les plantes connues pour soigner le *sumaya* les plus fréquemment citées, on retrouve : le filao, le quassia, le papayer, le citronnier, le goyavier, le *kinkeliba*, le *beinpinzon*, le *toupinpla* et le *kèkèpla*. Étrangement, le *neem*, dont l'efficacité a été reconnue en laboratoire n'a été que rarement mentionné, cette plante faisant plutôt partie de la pharmacopée des tradithérapeutes.

**Tableau 14. Soins du paludisme selon les mères**

Soins	Mères urbaines		Mères villageoises	
	n	%	n	%
Antipaludique	97	88,1 %	110	92,4 %
Antipyrétique	54	49,0 %	100	84,0 %
Consultation au dispensaire	3	2,7 %	1	0,8 %
Plante (tisane, lavement, etc.)	66	60,0 %	67	56,3 %

En somme, la connaissance des mères à propos des antipaludiques tel que la chloroquine est très encourageante malgré le fait que les antipyrétiques (paracétamol et Aspirine<sup>TM</sup>) soient aussi trop souvent considérés comme étant des médicaments antipaludiques par de nombreuses mères, ces derniers étant susceptibles de concurrencer les vrais antipaludiques lors du choix des



médicaments effectivement utilisés lors de l'automédication par les mères sur leur enfant. Les plantes ont aussi été nommées par plus de la moitié des mères et, dans ce cas, ce serait donc la thérapeutique traditionnelle qui pourrait venir concurrencer la thérapeutique occidentale ou biomédicale.

Comment prévient-on le *sumaya* ? En réponse à cette question, 12 mères urbaines et 14 mères villageoises ont répondu qu'on ne pouvait pas prévenir le *sumaya* ou encore 14 mères urbaines et 2 mères villageoises ont soutenu que seule la volonté de Dieu pouvait prévenir le *sumaya*. Seules 32 mères urbaines (29 %) et 10 mères villageoises (8,4 %) ont mentionné la moustiquaire comme outil de prévention du *sumaya*, 4 mères urbaines (et aucune mère villageoise) ont mentionné l'évidement de l'eau stagnante près de la concession et aucune mère n'a mentionné qu'il fallait éviter de cultiver près des concessions. La prise d'antipaludique de façon préventive a été mentionnée par 20 mères urbaines (18,1 %) et par 4 mères villageoises (3,3 %) dont deux mères qui nous ont déclaré être enceinte au moment de l'étude.

**Tableau 15. Prévention du paludisme selon les mères**

Prévention	Mères urbaines		Mères villageoises	
	n	%	n	%
On ne peut pas prévenir	12	10,9 %	14	11,8 %
Dieu	14	12,7 %	2	1,7 %
Moustiquaire	32	29,0 %	10	8,4 %
Eau stagnante	4	3,6 %	0	0,0 %
Prophylaxie antipaludique	20	18,1 %	4	3,3 %
Éviter le froid	8	7,2 %	26	21,8 %
Propreté	7	6,4 %	5	4,2 %

Dans les CSPS, on offre gratuitement la chloroquine aux femmes enceintes en traitement préventif, ainsi, nous pouvons supposer que certaines mères ayant déclaré que la prise d'antipaludique pouvait prévenir le *sumaya* ont déjà bénéficié

de ce programme. Par contre, plusieurs d'entre elles ont mentionné qu'il fallait se protéger du froid à l'aide d'une couverture ou de vêtement chaud (dont 8 mères urbaines (7,2 %) et 26 mères villageoises (21,8 %)) ou maintenir la propreté corporelle ou environnementale (7 mères urbaines et 5 mères villageoises). Ici, on peut voir que la majorité des mères souffrent d'une relative incompétence, par manque de connaissance, face à la prévention du *sumaya* ce qui soutiendrait le manque de prévention dans l'approche des tradipraticiens interrogés.

### **Évaluation des compétences virtuelles et effectives des mères concernant la gestion du paludisme**

La scolarité de la mère était significativement corrélée avec la mention de bons moyens préventifs comme l'utilisation de la moustiquaire, l'évidement des points d'eau stagnants près de la concession ou la prise d'antipaludique préventif. Ainsi, aucune des mères ayant suivi des études secondaires n'a affirmé qu'on ne puisse pas prévenir le *sumaya*. Par contre, elles n'ont été que 2 mères sur 21 mères ayant fait leurs études secondaires qui ont mentionné la visite au dispensaire pour une prise en charge adéquate de la maladie, telle que préconisée dans la section « soins du paludisme » du programme d'éducation scolaire. Aussi, plus de la moitié d'entre elles affirmaient que le paracétamol soigne le *sumaya* (11 mères sur 21 mères), ce qui concorde avec l'absence d'un minimum d'éducation en terme de médicaments dans le milieu scolaire. Les médicaments ne doivent pas être mentionnés en classe, et ceci risque de préserver chez les étudiants, et nous en avons un bon exemple ici, la croyance voulant que le paracétamol ou l'Aspirine™ soigne effectivement le paludisme.

L'automédication des individus a été dénoncée tant par les médecins, les professeurs que par les tradipraticiens. La pratique réelle des mères de l'automédication est apparue très claire en fonction de la question suivante qui

leur a été posée : quand doit-on aller consulter le docteur ou l'infirmier en cas de paludisme chez votre enfant ? Au total, 29 mères (12,6 %) nous ont répondu qu'il fallait aller consulter dès les premiers signes de la maladie, entre autres dès que l'enfant présentait une fièvre. Cependant, 22 mères nous ont répondu qu'il fallait avoir d'abord de l'argent avant d'aller consulter le soignant. Inévitablement, 179 mères (78,1 %) nous ont dit qu'elles n'allaient au dispensaire qu'après avoir fait quelques jours d'automédication à la maison. Chez ces dernières, la période d'automédication varie entre 1 jour et deux semaines. Une majorité de mères (137 mères, 59,8 %) pratique l'automédication pendant trois jours avant de se présenter au dispensaire.

Nous leur avons ensuite demandé quels médicaments elles avaient à la maison au moment de l'enquête. 18 mères (7,8 %) seulement avaient des antipaludiques à la maison, dont la chloroquine, la nivaquine ou le Fanzidar™. Aussi, 67 mères (29,2 %) nous ont dit qu'elles se procurent normalement leurs médicaments antipaludiques auprès de l'Agent de Santé Villageois (ASV). Par contre, 68 mères (29,6 %) avaient du paracétamol ou de l'Aspirine™ à la maison. 96 mères (41,9 %) nous ont avoué acheter régulièrement le paracétamol ou l'Aspirine™ auprès des petits commerçants de rue malgré la mauvaise qualité des médicaments (souvent périmés ou contrefaits) vendus dans ce type de commerce. Nous leur avons aussi demandé ce qu'elles donnaient à leurs enfants en cas de fièvre. 106 mères nous ont dit qu'elles donnaient des antipaludiques à leurs enfants et 167 mères nous ont avoué ne donner que du paracétamol à leurs enfants, ce qui contribue à l'aggravation des cas de paludisme.

Considérant les pratiques d'automédication très répandues, nous avons voulu savoir si les mères étaient compétentes pour donner la bonne dose d'antipaludique et d'antipyrétiques à leur plus jeune enfant. Connaissant l'âge de ce dernier et la posologie recommandée à chacun des âges, nous avons calculé le nombre de cas de compétence, le nombre de cas de sur médication et le nombre de cas de sous

médication, supposant que l'enfant ait un poids relativement normal. Au total, 48 mères (20,9 %) donnaient le médicament jusqu'à l'apaisement des symptômes ou jusqu'à la guérison, plutôt que pendant trois jours seulement tels que le demandent la plupart des médicaments antipaludiques comme la chloroquine. Ce ne sont que 8 mères seulement (3,5 %) qui, en cas de paludisme chez son enfant au moment de l'enquête, auraient donné la bonne quantité de comprimé à son enfant. 71 mères (31 %) auraient causé une sous médication et 130 mères (57,7 %) auraient causé une sur médication chez leur enfant. Nous pouvons donc voir que la quasi-totalité des mères (96,5 %) est tout à fait incompétente pour pratiquer l'automédication sur leur enfant.

Tel que nous l'avons vu un peu plus haut, les moustiquaires ont été très peu nommées par les mères comme faisant partie des stratégies de prévention du paludisme. Nous avons donc demandé aux mères de nous parler de leurs stratégies pour éviter que leur enfant ne se fasse piquer par les moustiques. Cependant, sachant que le moustique est considéré comme étant une nuisance, l'évitement des piqûres de moustique ne signifie pas systématiquement qu'il s'agit d'une forme de prévention du paludisme dans la conception des mères interrogées. Tout d'abord, il faut savoir que seulement 79 mères (34,4 %) possédaient au moins une moustiquaire dans sa concession et que seulement 50 de ces concessions (63 %) réservaient ces moustiquaires à au moins un enfant de la concession. Dans les autres concessions, c'était plutôt le père qui en bénéficiait.

Au niveau des stratégies pour éviter que les enfants ne se fassent piquer par les moustiques, 134 mères ont mentionné l'utilisation de la moustiquaire, bien que seules 79 concessions en soient pourvues réellement. 93 mères ont affirmé faire usage de spirales insectifuges et seulement 10 mères affirmaient faire usage d'insecticide en aérosol. 36 mères nous ont dit qu'elles couvraient bien leurs enfants pour éviter les piqûres de moustique et finalement 5 mères ont dit faire usage d'une plante appelée *lanko*, et qui aurait des propriétés insectifuges. En cas

de réelle efficacité de cette dernière, le secteur de la santé publique aurait tout intérêt à en faire rapidement la promotion dû à son accessibilité plus importante que les produits vendus au marché qui sont actuellement beaucoup trop dispendieux pour la majorité de la population.

Comme les moustiques sortent assez tôt dans la nuit pour leur premier repas de sang, nous avons demandé aux mères de nous dire à quelle heure elles mettaient leurs plus jeunes enfants au lit. 84 mères (34,9 %) nous ont avoué ne jamais mettre leurs enfants au lit, 60 mères (26,2 %) nous ont affirmé les mettre elles-mêmes parfois au lit et 82 mères seulement (35,8 %) nous ont dit qu'elles mettaient effectivement toujours elles-mêmes les enfants au lit. L'heure de mise au lit variait entre 18 heures et une heure du matin. Une majorité cependant mettrait leurs enfants au lit vers 21 heures (40,7 %) ou vers 20 heures (28,4 %), permettant ainsi de réduire l'exposition de l'enfant aux moustiques vecteurs du paludisme. Au total, c'est 39 mères (17 %) qui mettent leur enfant au lit ou qui laissent ces derniers aller se coucher après 22 heures.

Lorsqu'on a demandé aux mères si elles pratiquaient des cultures autour de la concession, 23 mères urbaines (20,9 %) et 29 mères villageoises (24,3 %) nous ont répondu par l'affirmative. Nous avons ensuite demandé aux mères qui pratiquaient ce type de culture vivrière si elles pouvaient concevoir d'éviter de le faire. Elles nous ont donné trois types de réponses. D'abord, elles nous ont dit qu'elle n'avait pas d'autres terres et que cette culture de jardins leur permettait de survivre en temps plus difficiles :

« Si l'on arrête de cultiver, qui nous donnera le maïs que voici? Et je ne parle même pas des feuilles nécessaires pour la sauce! »

« Je sais que, si j'arrête de cultiver, je n'aurai pas le maïs et le gombo pour la sauce »

« Je ne vais pas cesser de cultiver parce que je gagne du mil, du maïs et du gombo pour les périodes de disette »

Aussi, certaines mères nous ont parlé de la décision de leur mari :

« Je ne peux répondre à cela,... on ne sait jamais ce que pensent les hommes... »

« Je ne sais pas, c'est mon mari qui décide. »

« Ah ça, c'est mon mari qui ne veut pas! »

« Il faut aller poser cette question à mon mari! »

Finalement, d'autres voient dans cette pratique un très bon moyen de faire des économies :

« Le maïs et les aubergines que tu vois, je n'ai plus besoin d'aller les acheter sur le marché. »

« Comme ça, on n'a plus besoin d'acheter les légumes pour la sauce. »

« Selon nos intérêts, on fait les choix, et nous, ça nous convient comme ça, on n'a plus à aller payer [les acheter] au marché. »

Ce type de compétences préventives (éviter de pratiquer des cultures près de la concession) est donc très difficile à gérer, à cause, entre autres, des conditions économiques difficiles, des conditions sociales où la mère doit s'en tenir aux décisions du mari ou encore des conditions culturelles faisant la promotion de stratégies de gestion qui se transmettent de génération en génération.

En résumé, les compétences sanitaires de mères sont très faibles et vont parfois à l'encontre des recommandations préconisées par le secteur de la santé publique. Des facteurs éducatifs, économiques ou socio-culturels semblent être à l'origine du manque de compétences virtuelles ou effectives des mères face au paludisme.

### **Entretien avec les familles**

Nous avons demandé aux mères de nous parler du paludisme à de très nombreuses reprises au cours de nos visites au sein de leur concession. Cependant, contrairement aux réponses obtenues par le questionnaire, les mères sont restées relativement silencieuses sur leur connaissance du paludisme. En fait, le questionnaire a été utilisé auprès des mères par un enquêteur burkinabé provenant de la région de Nouna et bien connu des villageois dus aux nombreuses enquêtes de terrain qu'il avait eu à faire par le passé pour le compte du centre de recherche qui l'emploie normalement. Cependant, devant des chercheurs canadiens, elles n'ont pas osé nous faire part de leurs connaissances, puisqu'elles nous attribuaient, contre notre gré, le statut de médecins blancs et semblaient extrêmement timides à nous exposer leurs diverses hypothèses sur le sujet.

Cependant, lors de nos rencontres par genre, c'est-à-dire lorsque je me retrouvais seule avec la mère alors que notre anthropologue masculin se trouvait aux champs avec le mari, certaines femmes nous ont révélé leur position par rapport au paludisme. À ce moment, nous ne prenions aucune note manuscrite de l'échange.

### **Entretien avec les mères au sujet de leurs compétences sanitaires**

C'est avec beaucoup de résignation qu'elles nous ont expliqué leur position sociale dans la concession et son lien avec leurs connaissances et compétences

sanitaires. C'est ainsi qu'elles nous ont confié, qu'en tant que femmes, elles n'ont droit à aucune prise de décision médicale. Elles doivent systématiquement révéler d'abord au mari la présence de maladie chez l'un de leurs enfants. De retour du champ, le mari est souvent épuisé et rien ne saurait lui être révélé de cette mauvaise nouvelle avant qu'il se soit restauré avec le repas du soir. Ensuite, ce n'est que très délicatement que la mère peut lui en souffler mot, mais alors aucune demande ne doit être formulée concernant l'argent ou le type de traitement curatif à effectuer.

Les mères nous disent qu'à partir de ce moment : « l'idée doit faire son chemin dans la tête du mari ». Ce n'est qu'après que le mari ait discuté de cet épisode de maladie avec ses frères et ses voisins qu'une suggestion ou un conseil est retenu puis partagé avec la mère et qu'un traitement peut être espéré. Tout dépendant des symptômes décrits, on lui conseille de consulter un tradipraticien dont on connaît les compétences face à ces symptômes ou une visite au dispensaire si les symptômes décrits suggèrent une gravité ou une évolution de la maladie pouvant faire craindre le pire pour l'enfant. Bien souvent, cette décision finale n'arrive que quelques jours après la première révélation de la mère au mari de la condition de l'enfant.

Les mères les plus débrouillardes donnent des plantes cueillies çà et là ou quelques comprimés de paracétamol à leurs enfants, en attendant la décision du mari, d'où le réflexe d'automédication si répandue. Les plus chanceuses ont une grand-mère sur la concession ou dans le voisinage qui connaît, par la force de l'expérience, une bonne recette à base de plante pour soigner la maladie qu'elles reconnaissent alors. L'acquisition de compétences sanitaires chez le tradithérapeute par les mères et les grand-mères, tel que nous l'avons décrit au chapitre précédent, permet donc une première prise en charge à domicile. Pour ce qui est des plus rusées, elles consultent un infirmier en payant la consultation à l'aide de leurs petites économies, et au moment opportun vont trouver le mari et



lui tendent la prescription en espérant que, devant le fait accompli, ils leur donneront l'argent pour payer les médicaments nécessaires à l'enfant.

Leur attitude face à leur condition sociale en est une, comme nous l'avons mentionné, de résignation. Ce sentiment semble les figer dans un état où l'apprentissage de nouvelles connaissances ou l'acquisition de compétences semble hors de question en dehors d'un apprentissage empirique informel. Cet aspect, ainsi figé, de l'incompétence et de l'ignorance des mères en santé, se retrouve aussi dans le discours des hommes sur ce que les femmes devraient savoir, ou plutôt ignorer.

### **Entretien avec les pères au sujet de la compétence sanitaire des mères**

Ainsi, Eric a retenu le discours suivant de la part des pères sur les connaissances et les compétences sanitaires des femmes :

Selon les pères interrogés, les femmes ne savent pas soigner les enfants. « Ce qu'elles savent, c'est préparer le *tô* (plat traditionnel à base de mil), garder propre la cour, habiller les enfants et faire chauffer l'eau ». Aussi, quand elles ne font pas cela, c'est à ce moment que les enfants ou le mari attrapent le *sumaya*. Les mères qui ne prennent pas bien soin de leurs enfants en ne les habillant pas très bien pendant l'hivernage, font que leur enfant finit par tomber malade du *sumaya* (la maladie de la fraîcheur). Ainsi, quand le mari est habitué à ce que sa femme lui fasse chauffer l'eau tous les matins et qu'un jour elle oublie ou arrête de le faire, « cela cause le *sumaya* chez son mari ». Toujours selon les pères interrogés, si la famille ne mange pas très bien ou que la cour n'est pas bien tenue (nettoyée) par la mère, ce n'est pas bien non plus et, encore là, ils peuvent attraper le *sumaya*. « Avec la saleté le *sumaya* peut entrer par le nez, les oreilles ou les ongles ».

« La mère doit faire tout cela, sinon les gens de la concession peuvent être malades du *sumaya* ou d'autres maladies. Mais une fois que l'on a été attaqué par la maladie [que l'on tombe malade], la mère ne peut pas rien faire parce qu'elle ne connaît pas ce qu'il faut faire pour soigner la maladie ». Selon eux, ce sont les aînés seulement et les guérisseurs (*labora*) qui connaissent tout cela.

Une femme ne doit pas devenir compétente pour soigner ses enfants parce que, si elle connaît la maladie de son enfant, elle pourrait « trop s'inquiéter et arrêter son travail dans la maison ». Aussi, si elle sait tout ce qu'il faut faire pour soigner le *sumaya*, « il y aura trop de gens qui viendront la consulter pour cela et elle ne trouvera plus le temps pour s'occuper de sa famille ». En effet, toute possession doit être partagée, incluant la connaissance de remèdes traditionnels qui doit être partagée au profit de la société, et, dans leur conception, la mère de famille n'a pas le temps, et la femme n'a pas la force ni le courage d'occuper cette fonction.

### **Les femmes et les compétences sanitaires**

Ces résumés qui ont été construits sur la base de ce qui a été le plus souvent entendu au sujet de la compétence des femmes à soigner le paludisme démontrent très bien l'aspect socioculturel en action dans une partie de l'échec des efforts de la santé publique dans l'amélioration des compétences par les mères.

D'un côté, elles ont des obligations en tant que femmes qu'elles se doivent de respecter et l'amélioration de leur condition ne semble pas faire partie des objectifs des familles rencontrées. D'un autre côté, elles sont très limitées financièrement et doivent souvent ne se contenter que d'une consultation au dispensaire dans les meilleurs cas, ou encore elles se débrouillent avec une automédication à base de plantes ou de paracétamol acheté dans la rue dans les pires cas. Nous pourrions même avancer que, toujours selon les familles

rencontrées, cette amélioration de leur condition n'est ni envisageable, ni souhaitée par les chefs de famille. Fassin (1992), suite à son terrain auprès de la population pikinoise du Sénégal, fait un constat tout à fait similaire :

« Une autre zone d'ombre qui alimente nombre d'idées reçues est la question de qui décide et qui paie en matière de maladie : en particulier, on dit généralement que l'éducation des mères ne sert à rien, puisque ce sont les pères qui détiennent l'autorité et l'argent, donc les arguments de la décision. En fait, les choses semblent plus complexes, et la question : qui choisit ? fait intervenir de nombreux facteurs tels que la personne malade, le type de maladie, le thérapeute consulté, la somme nécessaire, l'entourage familial, les rapports conjugaux, la personnalité des sujets, tous éléments de nécessité qui laissent pourtant encore une part au hasard. L'homme décide en règle pour lui-même, sauf lorsqu'il est dans l'incapacité physique ou mentale de le faire, et c'est alors un frère aîné ou un oncle qui prend les choses en main. La femme, elle, dispose d'une assez grande latitude dans sa décision, pour autant qu'elle ait une autonomie financière vis-à-vis du choix fait, soit parce qu'elle prélève 100 ou 200 F sur la somme donnée pour le marché ; soit parce qu'elle utilise ses économies, en principe destinées à l'achat de vêtements ou de parfums ; soit enfin parce qu'elle obtient d'un frère, d'un ami ou d'un amant, l'argent nécessaire : c'est lorsqu'elle doit demander à son mari qu'elle n'est plus en situation de décider » (Fassin, 1992).

La question économique n'est donc pas toujours contournable pour la mère dans un tel contexte socioculturel où la mère est encore de nos jours subordonnée aux figures masculines de sa concession, comme son mari.

### **Conclusion de l'espace familial**

La réalité socioculturelle à laquelle doivent faire face les mères tous les jours ne semble pas avoir été considérée dans la construction des objectifs de la lutte préventive et curative suggérée par les différents organismes. La faible estime d'elles-mêmes qui est le produit de la conception socioculturelle de la femme en

Afrique semble freiner considérablement l'acquisition de compétences sanitaires et d'autant plus la performance des compétences acquises. Thompson et Thompson (1993) suggèrent aussi ce lien entre la condition de la femme en Afrique et une piètre acquisition de compétences sanitaires :

«Some would suggest that the women's lack of concern for her own health comes from ignorance, and that education is the answer. Education and information sharing about health and disease are a vital part of any campaign to improve health status, but education only work if the individual is willing to learn. How does one convince a woman that she is important enough to need attention for herself so that she is motivated to learn how to protect herself from disease and keep herself healthy? [...] We suggest that most African women do not spend time thinking about work outside the home, political activities or education. They accept that their lot is not to have these things, and they do not waste time thinking about them. Even the educated women in Africa who are beginning to be politically conscious and seek employment outside the home will often end such discussions of personal growth with an apathic, "who will listen? Who cares? I do what I have to do, and try not to make waves"» (Thompson et Thompson, 1993).

Ainsi, si la mère ne voit pas l'importance d'acquérir quelques compétences préventives ou curatives pour elle-même, les chances qu'elle devienne effectivement compétente dans la prise en charge préventive ou curative de ses propres enfants sont donc plus minces. Cette apathie des mères est constituante de la persistance des inégalités sociales qui semblent se répercuter jusque dans le système scolaire. Peut-être est-ce pour cette raison que chez les redoublants on retrouve une proportion relative de filles plus importante, ce qui n'aide en rien l'acquisition de compétence sanitaire chez elles.

Peut-être trop souvent, nous oublions le manque d'autonomie, à la fois sociale et économique, de la mère, et, quel que soit le message voulant être transmis aux mères, si ces dernières n'ont pas les moyens de le mettre en pratique, il n'y aura

pas de changement de comportement possible. Aujoulat (1969) dans un ouvrage traitant de la santé et du développement en Afrique faisait, déjà en 1969, le lien entre la santé et le facteur socio-économique :

« Peut-on évoquer la santé comme facteur indiscutable de développement, sans nous rappeler aussitôt la doctrine constamment affirmée par l'O.M.S. elle-même, selon laquelle la voie qui mène à la santé passe par le développement de l'économie et la prospérité? L'action menée par les pays les mieux équipés tendrait à démontrer que la protection et l'amélioration de la santé requièrent des mesures socio-économiques autant que des mesures médicales. Celles-ci ne sont souvent le reflet de celles-là » (Aujoulat, 1969).

Une visite rapide au dispensaire ne dépend pas d'elles, et le coût des médicaments est une réalité que les meilleures des intentions ne sauraient faire disparaître. Les médicaments de rue seront pour encore un certain temps, beaucoup moins chers et souvent à la mesure du peu que l'on peut déboursier. L'automédication a peut-être ces aspects autrement négatifs, mais, pour beaucoup de mères qui l'ont expérimenté, c'est aussi synonyme d'économie, surtout quand le *sumaya* se révèle en fait un simple rhume.

Pour ce qui est de la moustiquaire, cette dernière est certes utile pour éviter la nuisance des moustiques, mais, face à l'importance socioculturelle de la causerie pour tisser les liens sociaux en fonction de leur culture, la moustiquaire passera toujours en deuxième. De plus, on veut bien comprendre l'importance de mettre ses enfants sous la seule moustiquaire de la maison, mais les études menées tant au Burkina Faso que dans d'autre pays d'Afrique subsaharienne, comme au Ghana ou en Tanzanie, ont démontré que c'est généralement le chef de concession qui est le principal utilisateur de la moustiquaire (Okrah1 et al., 2002). Et quand ce dernier l'utilise prétextant que, sans cette dernière, la nuisance des moustiques ne lui permettrait pas de récupérer au cours d'une bonne nuit de sommeil pour aller travailler aux champs le lendemain, aucune contre-

argumentation n'est possible. Et si les cultures vivrières génèrent le moustique, ce que les gens garderont en tête est que ces cultures génèrent avant tout la nourriture dont ils ont tant besoin.

S'il est vrai cependant que le facteur économique peut être contourné par différents moyens, comme la distribution de moustiquaires à la population, la gratuité de certains médicaments ou la mise en place d'une assurance maladie à base communautaire, les facteurs du type socioculturel ou environnemental méritent encore de retenir toute notre attention. Pour chacune des actions sanitaires préconisées, nous avons trouvé un facteur culturel, économique ou environnemental qui freine considérablement sa mise en application par tous. Pour chaque compétence qu'on aimerait voir inculquée aux mères, nous avons trouvé un système qui ne permet pas une bonne acquisition de ces compétences par les mères. Il faut donc nécessairement inclure les différents aspects et différents facteurs de la réalité de cet espace familial dans la conception des nouveaux essais sociopréventifs si l'on désire réellement voir progresser le niveau de compétence sanitaire.

Dans le prochain chapitre, nous entrons plus en profondeur dans la vie de deux mères que nous avons rencontrées, l'une vivant dans un village et l'autre à la ville. Par la présentation de ces deux cas, nous allons chercher à comprendre leur rapport à chacun des espaces décrits, soit à l'espace médical, l'espace scolaire, l'espace tradithérapeutique et enfin l'espace familial.

## **CHAPITRE 8**

### **QUATRE ESPACES D'ACQUISITION DE CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES SANITAIRE : LIENS ET CONTRADICTIONS**

Nous avons pu voir, dans le chapitre traitant de l'espace médical, que la majorité des mères pratiquent d'abord l'automédication à la maison avant de se présenter au dispensaire. Cette pratique est générée, d'une part, par le manque de surplus financiers des familles qui freine l'utilisation des services offerts et d'autre part, par un manque de connaissance sanitaire de la mère qui ne voit pas le paludisme comme une maladie grave qui mérite une prise en charge adéquate dès les premiers signes de la maladie.

Nous avons pu voir ensuite dans le chapitre traitant de l'espace scolaire le paradoxe voulant que plus un élève reçoit un enseignement rationnel et précis sur le paludisme, moins il est en mesure d'utiliser ce qu'il a appris dans le contexte de

la vie de tous les jours et moins il peut communiquer ce nouveau savoir au reste de la communauté.

L'espace tradithérapeutique nous a permis de démontrer que la traduction généralement bien acceptée du terme paludisme par le terme *sumaya* est une erreur lorsque l'on s'attarde au sens donné à chacune de ces deux maladies ou catégories de maladie et que l'acquisition de compétences sanitaires par les mères est un processus très complexe considérant cette dichotomie. Aussi nous avons vu que le long et complexe apprentissage empirique du tradipraticien fait en sorte qu'il peut être difficile pour ces derniers de transférer leurs compétences à la population.

Enfin, l'espace familial, tel que présenté au chapitre précédent, a dévoilé le milieu de vie des mères et de la communauté en général par une comparaison ville-village et un portrait des différentes mères enquêtées qui permet de mieux comprendre les pressions et obstacles à l'acquisition de compétences sanitaires.

### **Connaissances et compétences maternelles : Études de cas**

Les deux cas que nous désirons maintenant présenter ont pour objectif d'illustrer ce que nous avons pu voir de manière disjointe dans chacun des espaces en dressant le portrait de deux mères. Celles que nous appelons par les pseudonymes Awa et Aminata proviennent de deux milieux différents : l'une provient d'un village et l'autre de la ville. Elles s'opposent aussi principalement quant à leur fréquentation scolaire et leur relative autonomie économique.

Ces deux cas, celui d'Awa et celui d'Aminata, représentent donc les deux pôles moyens rencontrés dans le cadre de notre étude. En effet, Awa représente la villageoise type et il en est de même pour Aminata qui représente la mère urbaine type avec cette particularité qu'elle a fait des études de niveau secondaire et



qu'elle a pu bénéficier du cours de SVT sur le paludisme. Pour ce qui est d'Awa, son accès aux soins dans un dispensaire ainsi que l'accès à l'éducation est déficitaire et ne lui a pas permis de profiter du potentiel d'acquisition de connaissances et compétences sanitaires qu'offrent ces espaces. Dans le cas d'Aminata, ce sont les limites de ces mêmes espaces qui ont freiné son acquisition de compétences sanitaires, nécessaire à l'atteinte des objectifs liés à la lutte contre le paludisme. Enfin, nous verrons que l'acquisition de connaissances et compétences ainsi que la mise en pratique des savoirs présentent des variations en fonction des caractéristiques sociales et culturelles (axe socio-culturel) propres à chacune de ces deux mères.

### **Awa, une mère villageoise**

Nous avons rencontré Awa dans un petit village appelé Kemena situé à plus d'une vingtaine de kilomètres de la ville de Nouna. Awa est d'origine Bwaba comme son mari et s'exprime principalement en bwamu. Elle est âgée de 30 ans et, comme c'est le cas pour de nombreuses femmes, elle ne connaît pas l'âge exact de son mari.

Elle est avant tout ménagère, mais gagne tout de même un peu d'argent en tressant les cheveux des femmes de son village. Son mari est agriculteur et tisse des couvertures de coton qu'il vend par la suite au marché. Leur niveau socio-économique est plutôt bas. Cette mère partage son mari avec une coépouse et il n'y a pas de grand-mère vivant sur la concession. Tous les membres de cette famille sont musulmans.

Awa ne sait pas lire et ne connaît pas du tout le français. Comme bien des femmes de son village, elle n'a jamais fréquenté l'école. Dès l'âge de 15 ans, elle est tombée enceinte et a eu son premier enfant. Aujourd'hui Awa a cinq enfants. Le

plus âgé a 15 ans et le plus jeune a un an. Awa n'a heureusement jamais connu le deuil de l'un de ses enfants.

Pour elle, le paludisme, tel que le conçoit la médecine occidentale, n'existe pas et dans son village on ne parle que du *sumaya*. Awa ne sait pas ce qui cause le *sumaya*. Elle sait seulement que c'est une maladie qui se manifeste par les maux de tête, le corps qui devient chaud, la toux et le nez qui coule. Lorsque le *sumaya* attaque un de ses enfants, elle lui donne une tisane. Dans sa tisane, elle met des feuilles de filao, des feuilles de manguier et des feuilles d'acacia. Lorsque sa décoction ne marche pas, elle donne alors du toupaye, un médicament qui soigne tout, selon les marchands de rues auprès desquels elle se procure habituellement ce type de médicament. En fait, ce qu'elle donne, c'est un antibiotique à large spectre vendu sans indication posologique. Awa n'a aucun autre médicament à la maison. Quand elle a besoin de paracétamol parce que l'un ou l'autre de ses enfants a le corps chaud, elle va trouver l'Agent de santé villageois qui lui donne quelques comprimés pour 50 FCFA. Mais pour elle, 50 FCFA c'est déjà beaucoup trop et c'est pourquoi elle préfère tenter les tisanes d'abord. Si on lui donnait des comprimés de chloroquine, elle ne saurait pas combien en donner pas plus qu'elle ne saurait pendant combien de jours il faut en donner. Si après quatre ou cinq jours l'enfant est toujours malade, elle sait qu'il faut consulter l'infirmier, mais elle ne trouve pas toujours facilement l'argent pour ce type de dépense qu'elle essaie d'éviter. Awa a une grande confiance envers les médicaments traditionnels. Au besoin, elle va trouver un vieux de son village qui est reconnu pour ses talents de guérisseur.

Le *sumaya*, elle ne sait pas comment le prévenir. D'ailleurs, elle n'a aucune moustiquaire ni aucun insecticide à la maison. Awa désherbe sa cour, non pas pour chasser les moustiques, mais plutôt pour que sa cour soit propre. La cour de la concession est l'endroit où l'on vit et où viennent discuter et se reposer les parents et les amis. Il faut toujours qu'elle soit impeccable. Tout au fond de la cour elle a

aménagé un petit coin pour cultiver le maïs et quelques arbustes qui lui servent à faire la sauce pour le tô et le riz. En temps de disette, c'est cette modeste culture qui leur permet de survivre. Sa seule stratégie pour éviter que les moustiques ne piquent ses enfants consiste à bien les couvrir avec une couverture lorsqu'ils dorment. Par contre, elle ne met pas toujours elle-même ses enfants au lit, mis à part le petit dernier qu'elle couche sur la même natte qu'elle le soir venu.

Acheter des moustiquaires pour tous les membres de sa famille ou consulter un infirmier toutes les fois qu'un membre de sa famille souffre d'une fièvre est tout à fait hors de question, car son mari ne serait pas d'accord et parce que, de toute façon, ils n'en ont pas les moyens. Awa, comme plusieurs femmes de son village, ne voit pas très bien l'importance d'agir autrement, de changer ses habitudes, car elle n'a perdu aucun de ses enfants malgré qu'ils aient tous au moins une fois connu un épisode de *sumaya*.

Voyons maintenant un autre cas où la mère a pour sa part été davantage en contact avec les espaces médical et scolaire, ce qui semble, entre autres, avoir manqué à Awa, pour une acquisition de compétences dans la prévention et le soin du paludisme. C'est le cas d'Aminata.

### **Aminata, une mère urbaine**

Aminata a 34 ans et habite à la ville de Nouna. Elle occupe sa concession avec ses quatre enfants âgés entre 6 mois et 13 ans, son mari, la mère de son mari (la grand-mère paternelle) ainsi qu'avec sa coépouse et les enfants de cette dernière. Malheureusement pour elle, Aminata a perdu un enfant qui est décédé peu de temps après sa venue au monde. À sa naissance, l'enfant était déjà malade et les parents n'ont pas cru bon de consulter pour lui, il semblait qu'il était déjà trop tard. Aminata est de l'ethnie Bwaba alors que son mari est d'origine ethnique Marka.

Afin de rendre la communication possible dans le couple, ils utilisent le dialecte dioula qui est généralement compris par l'ensemble des ethnies de la province de la Kossi.

Aminata est principalement ménagère, mais, dans ses temps libres, elle sort de la cour de sa concession et vend quelques petits légumes et condiments sur une natte posée par terre en bordure du chemin. Son mari est agriculteur et jardinier. Bien que son mari soit à l'aise financièrement, il n'aide pas beaucoup ses femmes sur le plan financier. Elle croit que c'est à cause de la mentalité et des mauvais conseils que lui donnent ses frères et ses amis qui lui disent qu'« il faut éviter de trop acquiescer aux demandes d'une femme, au risque de voir celle-ci devenir de plus en plus exigeante ». Heureusement pour elle, son petit commerce maraîcher lui permet de s'offrir du tissu pour ses vêtements ainsi que quelques médicaments pour ses enfants lorsque ceux-ci tombent malades. Aminata est très débrouillarde. Elle a fait des études de niveau secondaire et s'exprime très bien en français.

Elle ne peut pas expliquer ce que c'est que le paludisme ou le *sumaya* parce que c'est, dit-elle, une maladie qu'elle ne maîtrise pas. Elle sait cependant, grâce à ses études secondaires, que le paludisme est causé par le moustique qui transmet le *Plasmodium*. Aminata sait aussi que le paludisme donne la fièvre et provoque des vomissements, et que la nivaquine et le paracétamol peuvent aider à guérir le paludisme.

Bien que son mari n'ait jamais acheté de moustiquaire pour sa famille, elle sait pertinemment que la moustiquaire peut prévenir le paludisme. Lorsqu'elle et sa coépouse désherbent la cour, c'est à la fois pour la rendre plus propre et pour chasser les moustiques. Aminata entretient de petites cultures vivrières dans la cour de sa concession et ne peut se résoudre à cesser cette pratique. En effet, ce sont, entre autres, les produits de ces cultures qu'elle vend dans le cadre de son petit commerce maraîcher de rue. Malheureusement pour elle, cette stratégie

économique ne lui permet pas de réunir les 1500 FCFA dont elle a besoin pour une acheter moustiquaire et encore moins la somme nécessaire à l'achat de moustiquaire pour chacun des membres de la famille, ce qui serait beaucoup plus équitable pour tous. Pour le moment, Aminata se contente d'utiliser des spirales insecticides pour chasser les moustiques dans les cases de la concession et éviter que ses enfants se fassent piquer durant leur sommeil. Ces spirales, elle peut se les procurer pour 25 ou 50 FCFA chacune.

Lorsque ses enfants sont fiévreux, Aminata n'hésite pas à pratiquer un traitement présomptif à base de nivaquine et de paracétamol. Elle n'a pas de médicament à la maison, mais, lorsqu'un enfant tombe malade, elle se rend à la pharmacie de la ville pour s'en procurer. Malheureusement, elle ne connaît pas la dose exacte d'antipaludique ou de paracétamol à donner à ses enfants en fonction de leur âge, puisqu'on ne lui a jamais appris à le calculer. Elle se contente de donner quelques comprimés jusqu'à l'apaisement des symptômes. Les comprimés d'antipaludique sont rarement vendus avec la notice, ce qui lui permettrait, puisqu'elle a appris à lire, de vérifier la posologie recommandée par le fabricant. Aminata n'a jamais été sensibilisée, ni à l'école ni ailleurs, aux risques de l'automédication et ne connaît donc pas les effets de la sous-médication. Concernant les visites au dispensaire, Aminata ne consulte un infirmier que lorsque la maladie de son enfant s'aggrave et fait craindre le pire et préfère encore, suivant les conseils de sa famille, consulter un guérisseur d'un village voisin, dont elle connaît les compétences, pour recevoir des soins complémentaires à son automédication.

Voyons maintenant plus en détail les caractéristiques des quatre espaces qui favorisent l'acquisition de connaissances et de compétences sanitaires ou encore font obstacle à cette même acquisition. Les cas d'Awa et d'Aminata nous serviront à illustrer ces caractéristiques.

### **Analyse des liens et contradictions entre les quatre espaces**

Dans l'approche socioconstructiviste, la dimension des échanges d'un individu avec ses pairs dans le processus de construction des savoirs est centrale. Ainsi, la mère par exemple, va élaborer sa conception d'une réalité médicale par la comparaison de ses connaissances et perceptions avec celles de ses proches, de sa communauté culturelle et du pédagogue, comme un enseignant à l'école, un infirmier qu'elle consulte au dispensaire ou même un tradipraticien. Tel que nous l'avons mentionné précédemment, cette élaboration du bagage intellectuel inclut un processus fondamental d'intériorisation des savoirs et de réorganisation des informations en fonction de ses propres concepts et de ses propres réseaux de concepts (Tardif, 2000). Le produit final de ce processus dépendra donc de différents facteurs.

### **Axe empirisme-rationalisme**

Dans un premier temps, l'analyse de nos espaces selon l'axe empirisme-rationalisme démontre une opposition entre les espaces familial et tradithérapeutique qui se situent vers le pôle de l'empirisme et les espaces médical et scolaire qui se situent vers le pôle du rationalisme.

En effet, le paradigme ou la conception théorique dominante de chacun des deux groupes selon qu'ils sont fondés sur une approche empirique ou rationaliste de la maladie impose une dichotomie importante qui a peut-être trop souvent été ignorée dans les efforts de lutte contre le paludisme auprès des communautés. Les espaces du pôle rationaliste ont une conception théorique biomédicale du paludisme basée sur la découverte au microscope du protozoaire *Plasmodium falciparum* et l'étude clinique de ses effets sur la santé humaine. Les espaces du pôle empirique ont pour leur part une conception théorique basée sur l'expérience de la maladie et la

déduction étiologique ayant donné naissance à la catégorie *sumaya* qui comprend un ensemble de maladie à symptomatologie similaire dont font partie certains stades du paludisme. Les espaces de ces deux pôles possèdent donc un paradigme de la maladie suffisamment dissemblable pour poser un réel problème lors de l'acquisition de connaissances et compétences qui y sont respectivement liées.

**Tableau 16. Axe empirisme-rationalisme**

Empirisme		Rationalisme	
←		→	
Espace familial	Espace tradithérapeutique	Espace médical	Espace scolaire
Conception traditionnelle du <i>Sumaya</i>		Conception biomédicale du paludisme	
Maladie de la fraîcheur principalement causée par le froid, la saleté et certains aliments		Maladie infectieuse causée par le <i>Plasmodium falciparum</i>	
Approche empirique de la maladie et de sa prise en charge		Approche rationaliste de la maladie et de sa prise en charge	
Conception théorique basée sur l'observation et l'expérience de la maladie		Conception théorique de la maladie basée sur la recherche clinique et microbiologique	
État de maladie défini par la présence de symptômes clés		État de maladie définie uniquement par la présence de protozoaires dans le sang	
Traitement des symptômes du <i>sumaya</i> par les plantes		Traitement de la parasitémie palustre par médicaments chimiques	
Enseignement qui rejoint l'ensemble de la communauté	Enseignement qui rejoint l'ensemble des patients (qui reçoivent et qui attendent)	Enseignement qui cible les patients et les accompagnateurs seulement	Enseignement qui cible les élèves seulement
Réalisé en contexte de maladie (dans la concession)	Réalisé en contexte de maladie (chez le tradipraticien)	Réalisé en contexte (au dispensaire) et hors du contexte de la maladie (prophylaxie des femmes enceintes)	Réalisé en dehors du contexte de la maladie
Enseignement actif par démonstration	Enseignement actif par démonstration et passif par discussion (rapport plus égalitaire)	Enseignement passif par discussion et actif par démonstration (rapport d'autorité)	Enseignement passif oral (magistral)
Apprentissage par répétition des actes (réalisé en groupe familial)	Apprentissage par répétition des actes (réalisé en groupe ou en dyade)	Apprentissage par répétition des actes (réalisé en dyade ou en groupe familial)	Apprentissage en un seul cours (non répété)

Cas touchés par ces espaces dans l'enseignement du *sumaya* et/ou du paludisme

Awa et Aminata	Awa et Aminata	Aminata	Aminata
----------------	----------------	---------	---------

Toujours selon cet axe, nous retrouvons une très forte opposition entre l'espace scolaire au pôle rationaliste et l'espace familial au pôle empiriste quant à la transmission de connaissance et compétence à la communauté. Ainsi, l'espace scolaire transmet des connaissances et, dans une moindre mesure, des compétences virtuelles par un enseignement magistral caractérisé par des exposés oraux du concept rationnel du paludisme et d'une acquisition passive des enseignements par les élèves. Cette passivité de l'enseignement contraste avec une approche plus active de l'enseignement traditionnel tel que constaté dans l'espace familial. L'enseignement sanitaire traditionnel de l'espace familial est réalisé conjointement avec l'ensemble des membres de la communauté par une acquisition de connaissances et compétences empiriques par les individus qui apprennent des actions curatives et préventives concrètes du *sumaya* et réalisées en contexte de maladie. Cet apprentissage est donc issu de l'expérience répétée des différents actes ce qui est d'autant plus susceptible d'entraîner une acquisition de connaissances et surtout de compétences fonctionnelles.

Les espaces médical et tradithérapeutique présentent généralement la même forme d'opposition pour les mêmes raisons, mais ces espaces se situent beaucoup plus près de la médiane de l'axe empirisme-rationalisme. En effet, dans l'espace médical, nous avons constaté une souplesse dans l'approche des infirmiers aux patients, notamment lorsqu'ils utilisent la démonstration empirique pour enseigner la posologie à leur patient. De même, les guérisseurs vont parfois utiliser l'approche discursive plus rationnelle lorsque, par exemple, ils tentent de convaincre leur patient de venir plus rapidement les consulter. Cependant, le rapport avec les patients dénote beaucoup plus d'autorité dans l'espace médical que tradithérapeutique. Cette tendance médiane des deux derniers espaces mériterait de servir de modèle à l'espace scolaire qui est, de tous les espaces, celui dont l'enseignement est le moins compatible avec la communauté et dont la transmission de connaissances et compétences sanitaires dépourvues de démonstrations empiriques donne les moins bons résultats.



Dans la description du cas d'Awa, on retrouve de nombreux éléments constitutifs du savoir traditionnel. L'élément fondamental est certainement de nature nosographique avec le *sumaya* présent dans la conception d'Awa en lieu et place du paludisme. Puisqu'elle n'a pas fréquenté l'école, Awa a une connaissance empirique de la maladie. Lorsque l'un de ses enfants présente un symptôme qu'elle associe au *sumaya*, soit les maux de tête, le corps qui devient chaud, la toux et le nez qui coule, elle donne des tisanes. De ces quatre symptômes, deux ne sont pas spécifiques au paludisme, c'est-à-dire la toux et le nez qui coule. Ainsi, lorsque Awa donne des tisanes à son enfant, elle a une chance sur deux de voir son enfant se porter mieux dans les jours qui suivent. S'il s'agit cependant bel et bien du paludisme et que l'enfant est assez résistant à la maladie en général, ses anticorps pourront combattre seuls la maladie et l'enfant sortira de cet épisode palustre avec un système immunitaire plus fort.

Pour Aminata, le paludisme semble bien compris comme étant une infection transmise par le moustique, vecteur du *Plasmodium*. Aminata connaît aussi très bien les médicaments appropriés pour soigner le paludisme, c'est-à-dire la nivaquine et le paracétamol. Bien qu'elle n'ait pas retenu tous les symptômes associés, elle se souvient du symptôme le plus important selon l'OMS entre autres, et d'un symptôme secondaire soit la fièvre et les vomissements. Cette conception biomédicale du paludisme est tout à fait compatible avec les efforts de prévention mis en œuvre par la santé publique (Roll Back Malaria, la Santé pour tous, etc.). Aminata comprend très bien le rôle du moustique dans la transmission du paludisme et l'importance de l'utilisation des moustiquaires et insecticides en lutte préventive ainsi que de l'importance du traitement présomptif à base de nivaquine et de paracétamol en lutte curative contre le *Plasmodium*.

### **Axe connaissance-compétence**

Concernant l'analyse des résultats de la qualité de l'acquisition de connaissances et compétences sanitaire dans chacun des quatre espaces, l'axe connaissance-compétence nous a permis de situer les différents espaces et de juger de l'apport de chacun des espaces éducationnels en fonction de la nature des savoirs dispensés à la population. Alors que certains espaces fournissent des connaissances aux individus, d'autres espaces sont plus à même de générer une acquisition de compétences fonctionnelles permettant une prise en charge efficace du paludisme par les individus. Sur cet axe le savoir le plus complet est donc le savoir du type compétence qui est le savoir-agir qui rend possible la prise de décision et l'action concrète dans différents contextes.

Selon cet axe, ce sont les espaces familial et scolaire qui s'opposent aux espaces tradithérapeutique et médical. Les résultats de l'espace scolaire ont démontré que, si le niveau de connaissance relative au paludisme est amélioré chez les élèves ayant suivi le cours relatif au paludisme, les compétences préventives et curatives ne connaissent pas la même progression. Les professeurs, qui ne sont ni médecins ni infirmiers sont limités dans la nature des enseignements dispensés aux élèves, notamment en ce qui concerne la prise de médicaments antipaludiques et la posologie adaptée à l'âge et au poids des individus. Aussi, tel que nous venons de le voir, le type d'enseignement qui est dispensé ne permet pas de développer des compétences virtuelles, effectives ou argumentatives, puisqu'il n'y a aucune démonstration ni aucune implication des élèves dans des activités éducatives pratiques réalisées en classe. Pour ce qui est de l'espace familial, le manque de compétence, des mères entre autres, a clairement été démontré, tant au niveau de la prévention du paludisme que des soins du paludisme. Même si certaines mères ont démontré une plus grande connaissance du paludisme, des antipaludiques, de la cause de cette maladie et, il faut le mentionner, une certaine compétence en ce qui concerne la pharmacopée traditionnelle, comme les tisanes, leurs compétences

sont, en somme, largement insuffisantes pour atteindre les objectifs minimaux de la lutte contre le paludisme.

**Tableau 17. Axe connaissance-compétence**

<b>Connaissance</b>		<b>Compétence</b>	
<b>Espace scolaire</b>	<b>Espace familial</b>	<b>Espace tradithérapeutique</b>	<b>Espace médical</b>
Transmission de connaissances	Transmission de connaissance	Transmission de connaissance et de compétence	Transmission de connaissance et de compétence
Apport de compétence : presque nulle	Apport de compétence : presque nulle	Apport de compétence : moyenne, surtout chez les grands-mères	Apport de compétence : moyenne, surtout chez les mères
Transmission de compétences interdite par les politiques éducatives	Transmission de compétences aux mères réalisée de façon graduelle, mais non désirée par la communauté	Transmission de compétences réalisée de façon graduelle, mais non désirée par les tradithérapeutes	Transmission de compétences encouragée par les politiques sanitaires, mais faiblement réalisée
Transmission de connaissances effectuée par des individus dont la compétence médicale n'est pas reconnue	Transmission de connaissances effectuée par des individus dont la compétence médicale n'est pas reconnue	Transmission de connaissances et compétences effectuée par des individus dont la compétence médicale est reconnue	Transmission de connaissances et compétences effectuée par des individus dont la compétence médicale est reconnue
Acteur : Professeurs n'ayant pas de formation médicale	Acteur : membres de la communauté n'ayant pas de formation médicale ou tradithérapeutique	Acteur : tradithérapeutes ayant une formation médicale traditionnelle	Acteur : infirmiers ayant une formation biomédicale
Groupe ciblé : Élèves	Groupe ciblé : Principalement les hommes et les grands-mères	Groupe ciblé : Principalement les mères et les grands-mères	Groupe ciblé : Principalement les mères

Cas touchés par ces espaces dans l'acquisition de connaissances et/ou de compétences

Aminata	Awa et Aminata	Awa et Aminata	Aminata
---------	----------------	----------------	---------

Au pôle opposé, au pôle des compétences, nous retrouvons les espaces médical et tradithérapeutique. La compétence des infirmiers ou médecins et des guérisseurs

n'est plus à démontrer, même si, chez ces derniers, il y a un réel problème de charlatanisme et que le niveau de compétence est très variable d'un tradipraticien à l'autre. Le potentiel de transfert de compétences à la population est donc beaucoup plus important que dans les espaces scolaire et familial. Cependant, nous avons pu voir dans l'espace médical, que les soignants sont plutôt réfractaires à l'idée de transmettre leur compétence aux patients et plus particulièrement aux mères puisque, selon eux, les patients n'ont pas le potentiel nécessaire pour bien apprendre à prendre en charge leur propre santé, leurs erreurs lors de l'automédication à la maison et le retard des patients à consulter au dispensaire en faisant foi. Même son de cloche des tradipraticiens, avec cette nuance cependant que le fait de pratiquer dans la cour de leur concession en présence des autres patients en attente d'une consultation permet à ces derniers une certaine acquisition de compétence par une assistance répétée aux gestes et conseils curatifs vus et entendus dans cet espace. C'est ainsi que les grand-mères, ayant été témoins à de nombreuses reprises des gestes thérapeutiques, finissent par devenir elles-mêmes relativement compétentes. Ces deux espaces, médical et tradithérapeutique, semblent ainsi sous-exploités dans la transmission de compétences sanitaires à la communauté dans un effort de lutte contre le paludisme.

Les expériences répétées d'Awa de la guérison de l'un de ses enfants suite à l'administration de tisanes contribuent à renforcer l'idée chez la mère que cette action curative est suffisante et que, contrairement à ce que les agents de santé ont pu lui dire, une visite au dispensaire n'est pas nécessaire en cas de *sumaya*. Awa possède des connaissances et compétences traditionnelles de la gestion du *sumaya*, puisqu'elle peut préparer la tisane, sait reconnaître le *sumaya* chez son enfant et peut au besoin recourir à un guérisseur qu'elle connaît. Cependant, comme on ne lui a jamais parlé du paludisme, ses connaissances à ce sujet sont nulles et ses compétences sont hautement déficientes. Elle ne sait ni gérer son environnement immédiat pour une lutte antivectorielle efficace (évidement des points d'eau

stagnante, utilisation assidue de la moustiquaire, élimination des cultures vivrières près des concessions, etc.), ni soigner son enfant à l'aide d'antipaludique puisqu'elle ne connaît pas les posologies appropriées et encore moins trouver l'argent nécessaire à la consultation au dispensaire. Pour ce qui est des espaces tradithérapeutique et familial, ces espaces semblent avoir été très formateurs pour elle, en fonction de ce qu'elle détient comme connaissance du *sumaya* ou en fonction de ce qu'elle possède comme compétence traditionnelle, comme la préparation de tisanes.

Pour ce qui est d'Aminata, cette dernière ne semble pas avoir aussi bien développé ses compétences préventives et curatives que pourraient le laisser croire ses caractéristiques en terme de fréquentation scolaire et d'accès aux soins. En effet, Aminata n'est pas compétente pour ajuster la dose et la durée du traitement à base d'antipaludique en fonction de l'âge de ses enfants. Comme la logique derrière l'ajustement des posologies en fonction de l'âge n'est apprise ni dans l'espace scolaire, ni dans l'espace médical, la fréquentation de ces espaces par Aminata ne lui a été d'aucune aide jusqu'à maintenant pour l'acquisition de ce type de compétences curatives. Elle semble aussi manquer de compétences argumentatives quand vient le moment de convaincre son mari de l'importance de pourvoir de l'argent nécessaire à l'achat de moustiquaires pour toute la famille. Ainsi, ces espaces scolaire et médical, bien qu'ils présentent un certain potentiel d'acquisition de connaissances sanitaires, semblent toutefois dévoiler quelques faiblesses dans l'acquisition de compétences par les individus qui ont pourtant la chance de pouvoir fréquenter ces espaces.

### **Axe socioculturel**

L'axe socioculturel est le troisième axe qui a été utilisé. Il a trait aux facteurs sociaux et aux facteurs culturels pouvant expliquer les variations rencontrées en

cours de recherche concernant la transmission et l'acquisition de compétences chez les individus ou la mise en application des compétences acquises. Quatre facteurs ont été considérés comme ayant un effet relativement important sur l'acquisition de connaissances et compétences sanitaire et sur les actions préventives et curatives qui en résultent. Il s'agit du niveau de scolarité, du genre, du statut économique et du lieu de résidence.

Le niveau de scolarité nous est apparu comme un facteur très important principalement en ce qui concerne la connaissance du paludisme en tant que maladie causée par le protozoaire *Plasmodium*. En dehors de l'espace scolaire, c'est le terme *sumaya* qui prévaut, avec toutes les différences paradigmatiques que ce concept sous-tend. Bien qu'il subsiste, après le cours, quelques confusions chez les élèves entre paludisme et *sumaya*, le seul fait pour l'élève de savoir que le moustique transmet par sa piqûre le protozoaire responsable de la maladie leur donne un sérieux avantage au niveau de l'acquisition de compétences, principalement en ce qui concerne la prévention. Le fait de savoir lire leur donne aussi un net avantage quant à l'observance du traitement prescrit, car, en cas d'oubli de la posologie énoncée par l'infirmier ou le médecin, l'élève peut toujours se référer à la prescription papier sur laquelle est inscrite la posologie. Malgré la faiblesse de l'espace scolaire en terme de transmission de compétence sanitaire, une différence a pu être notée en faveur des élèves en termes de connaissances et, de façon beaucoup moins marquée, en termes de compétences acquises. Cependant, la sous-représentation des filles à l'école nous amène au deuxième facteur socioculturel, le facteur de genre.

Cette sous-représentation des filles à l'école est aussi très visible dans les espaces médical et tradithérapeutique avec une forte majorité de soignants de genre masculin. Le manque de modèles féminins dans ces secteurs ne peut que renforcer l'idée, que l'on a pu voir aussi dans l'espace familial, qu'une femme ne peut pas devenir compétente dans le domaine médical. Aussi, la sujétion de la femme

envers son mari, ou tout homme de sa concession, vient aussi entraver ses performances. Sa position ne lui permet pas de mettre en pratique, en moment opportun, toutes les compétences qu'elle aura acquises, la femme devant toujours d'abord s'en référer au mari ou au chef de la concession. Le manque d'autonomie des femmes est aussi très problématique puisqu'il est à la base du comportement d'automédication et que ce même manque d'autonomie force bien souvent les femmes à n'acheter qu'une fraction des médicaments nécessaires, causant donc une forme d'incompétence relative à la sous-médication. Cet aspect du manque de compétence nous amène donc à notre troisième facteur, le facteur économique.

Le statut économique est très important dans le manque de compétence de la part des femmes qui ne disposent pas, la plupart du temps, d'une autonomie financière, mais ce facteur est aussi valable pour l'ensemble de la communauté. En effet, contrairement aux familles aisées, les familles à plus faible revenu n'ont souvent pas la capacité de procurer des moustiquaires à tous les membres de la famille, d'acheter des insecticides, d'éviter les cultures vivrières dans la cour de la concession, bref, ils n'ont pas les moyens financiers de prévenir le paludisme. Aussi, lorsqu'un membre de la famille a le paludisme, ils ne sont pas toujours en mesure de consulter au dispensaire et doivent bien souvent se contenter de pratiquer l'automédication à base de plantes, de médicaments de rue ou doivent se contenter de quelques comprimés d'antipaludiques voire même de quelques comprimés de paracétamol seulement. Chez les moins fortunés, la visite chez un guérisseur reste la seule option possible, mais l'automédication, pratiquée d'abord à la maison pour quelques jours, soustrait trop souvent toutes chances de guérison par les soins du guérisseur puisque, dans de telles conditions, les soins arriveront trop tard. Ce premier retard lié à l'automédication devient dramatique lorsque l'état du malade s'aggrave et qu'un deuxième retard lié à la distance du village avec le centre de soin le plus près ne permet pas une hospitalisation assez rapide pour éviter la mort de l'individu. Ici intervient donc notre quatrième facteur, c'est-à-dire le lieu de résidence.

Tableau 18. Axe socioculturel

Facteurs socioculturels	
Pôle négatif	Pôle positif
Niveau de scolarité	
Non scolarisé (5 <sup>ème</sup> secondaire) (le cas d'Awa)	Scolarisé (5 <sup>ème</sup> secondaire) (le cas d'Aminata)
Connaissance du <i>sumaya</i>	Connaissance du paludisme
Peu familier avec le lien moustique-maladie	Familier avec le lien moustique-maladie
Ne peut lire les posologies	Peut lire les posologies
Genre	
Femme (le cas d'Awa et d'Aminata)	Homme
Peu scolarisé	Plus scolarisé
Moins présente dans les fonctions de soignant (infirmière, médecin, tradipraticienne)	Plus présent dans les fonctions de soignant (infirmier, médecin, tradipraticien)
Non-autonomie dans la prise de décision sanitaire (dépendance au mari)	Autonomie dans la prise de décision sanitaire
Non-autonomie financière (dépendance au mari)	Autonomie financière
Statut économique	
Faibles revenus (le cas d'Awa)	Revenus plus importants (le cas d'Aminata)
Difficulté pour acheter des moustiquaires imprégnées ou non	Plus de facilité pour acheter des moustiquaires imprégnées ou non
Difficulté pour acheter des insecticides	Plus de facilité pour acheter des insecticides
Dépendance aux cultures vivrières	Peut éviter les cultures vivrières
Difficulté d'accès aux soins, au dispensaire ou chez le tradipraticien	Plus d'accès aux soins, au dispensaire ou chez le tradipraticien
Pratique d'automédication à base de plantes ou de quelques comprimés (sous-médication)	Pratique d'automédication à base d'antipaludiques et d'antipyrétiques (traitement complet)
Achat de médicament de rue	Achat de médicament à la pharmacie
Lieu de résidence	
Rural (le cas d'Awa)	Urbain (le cas d'Aminata)
Accès aux soins plus difficile : éloignement des dispensaires et hôpitaux	Accès aux soins plus facile : proximité des dispensaires et hôpitaux
Absence de pharmacies (autre qu'au dispensaire) accès plus facile aux médicaments de rue de mauvaise qualité	Disponibilité des médicaments de qualité avec la présence de nombreuses pharmacies
Absence de moustiquaires et autres produits insecticides dans les marchés (spirale insectifuge seulement)	Présence de moustiquaires et autres produits insecticides dans les marchés
Accès à l'information sanitaire par les voies radiophoniques seulement	Accès à l'information sanitaire par les voies télévisuelles et radiophoniques
Dépendance des mères à la belle-famille (éloignement du village d'origine)	Possibilité pour la mère de recourir au soutien de sa propre famille (proximité de la famille à la ville)



Le fait de vivre dans un village ou à la ville de Nouna est un facteur relativement important dans l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires ainsi que pour les performances, ou compétences effectives, en résultant.

Dans un premier temps, l'accès aux soins est beaucoup plus facile pour un individu qui habite à la ville avec la présence d'un C'SPS et d'un hôpital avec antenne chirurgicale dans un rayon de moins de trois kilomètres de l'ensemble des concessions et accessibles en tout temps en saison des pluies. Pour les villages, cet accès n'est pas toujours aussi facile, plusieurs villages sont dépourvus de C'SPS, et cet accès est encore plus difficile en saison des pluies. De plus, à Nouna on retrouve de nombreuses pharmacies publiques et privées qui permettent à ceux qui en ont les moyens d'avoir accès à des médicaments de qualité, contrairement à certains villages dans lesquels les habitants n'ont accès qu'à des médicaments de rue dont la qualité est très douteuse. On peut aussi se procurer plus facilement des moustiquaires et autres produits insecticides à Nouna que dans les villages. De plus, Nouna bénéficie d'un réseau électrique fonctionnel et quelques commerces et restaurants se sont dotés d'un téléviseur, ce qui permet à tous ceux qui le désirent de visionner les programmes de la télévision nationale qui présentent des messages d'intérêt public au sujet, entre autres, du paludisme. Ils y présentent donc des discussions sur le sujet et font la promotion des comportements préventifs ou curatifs comme l'achat d'une moustiquaire imprégnée ou d'antipaludiques pour soigner la maladie.

Aussi, les mères qui habitent à la ville bénéficient d'un réseau social familial plus important que dans les villages puisque, contrairement aux mères villageoises qui ont dû quitter leurs villages de naissance pour le village de leur mari selon les règles de virilocalité en vigueur, les mères urbaines habitent souvent non loin du lieu de résidence de leurs parents et parfois même vivent avec leur propre mère dans leur concession. Ce réseau social leur permet une autonomie financière accrue et une prise en charge plus rapide de la maladie, puisque, faute d'avoir le

soutien de leur mari, elles ont toujours la possibilité de solliciter leurs propres parents ou leurs frères qui habitent à quelques pas de leur propre concession dans la ville de Nouna. En somme, le lieu de résidence urbain permet une meilleure acquisition de connaissances et compétences sanitaires et une meilleure performance par les mères urbaines.

En cas d'échec curatif avec les tisanes, Awa se tourne sans trop d'hésitation vers les médicaments occidentaux, en achetant du « toupaille » dans la rue ou du paracétamol chez l'agent de santé villageois. La présence généralisée dans l'environnement des villageois de Kéména depuis quelques années de ces médicaments a contribué à leur adoption par la communauté, au détriment de produits plus appropriés prescrits et vendus à la pharmacie du CSPS de Toni, qui est situé dans un autre village pas très loin, mais difficile d'accès en saison des pluies. Pour ce qui est de la prévention du *sumaya*, aucune action n'est réalisée quant à la gestion de l'environnement, comme éviter de cultiver le maïs dans la cour de la concession. Même si elle comprenait l'importance de cesser les cultures pour éliminer les gîtes larvaires, sa condition économique ne lui permettrait pas de se passer du produit de ses récoltes en temps de disette. Le fait qu'Awa n'a jamais fréquenté l'école et qu'elle ne consulte presque jamais un infirmier au CSPS élimine aussi le potentiel de ces espaces dans la construction de ses compétences sanitaires.

Aminata semble, pour sa part, avoir beaucoup bénéficié de sa fréquentation de l'espace scolaire dans l'acquisition de connaissance au sujet du paludisme et dans une moindre mesure de l'espace médical qu'elle fréquente au besoin et duquel elle a bien compris l'utilité d'un combiné de nivaquine et de paracétamol dans les soins du paludisme. La compétence virtuelle enseignée à l'école et, voulant que, dès les premiers symptômes de la maladie, l'étudiant se rende immédiatement au dispensaire pour une prise en charge adéquate, ne semble pas cependant avoir été acquise par Aminata, qui attend plutôt l'état aggravé de son enfant avant de s'y

présenter. Finalement, l'espace familial semble lui avoir transmis des compétences inaliénables liées à la stratégie économique de la culture vivrière de concession qu'Aminata semble résolue à ne pas abandonner, même si cette dernière sait, grâce à ses études de SVT, que ces cultures constituent des gîtes larvaires pour les moustiques vecteurs du paludisme. Heureusement pour elle, Aminata peut bénéficier de tous les avantages liés à la ville qu'elle habite avec sa famille.

### Conclusion

À la lumière de cette analyse, il nous semble qu'avant d'entreprendre tout effort de lutte contre le paludisme il est primordial de bien comprendre la nature ou l'état des concepts dont il est question. Parle-t-on du *sumaya* ou du paludisme ? A-t-on en tête une maladie grave qui est responsable de plus d'un cinquième des mortalités infantiles ou une maladie banale qui nécessite un minimum d'attention ou une simple tisane à base de produits locaux ? Avec l'exemple d'Aminata, on a pu voir que seul l'état aggravé de la maladie, et non simplement la présence de protozoaire dans le sang, peut mener à consulter au dispensaire. Ainsi, comme l'ont déjà souligné Fainzang (1989), Gadamer (1998) et Rwangabo (1993), dans une communauté donnée, la maladie possède souvent une réalité qui est indépendante de sa définition biomédicale et qu'ainsi, la bonne santé et la maladie sont souvent relativisées, compte tenu de la perception qu'en possède la communauté en question. Cette base conceptuelle traditionnelle qui ne sera que rarement remplacée intégralement permet de mieux comprendre le produit final issu de la superposition des savoirs fournis à cet individu par les divers espaces éducationnels participants à son éducation sanitaire.

Un autre facteur important concerne le scénario de la transmission de connaissances et compétences. Qui sont les acteurs ? Est-ce que la transmission est réalisée d'un seul individu à un autre individu comme dans la relation patient-

médecin, d'un seul individu à un groupe comme à l'école ou est-ce une un ensemble d'individus, une communauté, qui transmet aux plus jeunes ? Est-ce une transmission empirique ou magistrale ? Est-ce que les savoirs que l'on souhaite voir transmis à la communauté sont à ce point chargés de pouvoir, comme le rappelle souvent Fassin (1992), que les différents acteurs (médecins, infirmiers, tradithérapeutes ou gouvernements) ne peuvent consentir à partager ce pouvoir ou ce savoir avec la population ? Cible-t-on les individus les plus vulnérables, comme les femmes, les analphabètes ou les villageois, ou cible-t-on plutôt les individus ayant le plus de chance de respecter les recommandations puisqu'ils en ont les moyens ? Comme nous venons de le voir, chacun des espaces possède son propre système de sens, son contexte particulier et ses propres scénarios de transmission dont dépend la qualité de l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires.

Ces liens et contradictions des quatre espaces, tels qu'analysés en fonction des axes choisis, permettent une mise en exergue des éléments clés, des forces et faiblesses de chacun de ces espaces, que les ministères de la Santé et de l'Éducation ainsi que le secteur de la santé publique auraient tout avantage à prendre en considération dans la planification des stratégies en matière de promotion de la santé et de prévention du paludisme. Ceci afin d'éviter de produire de nouveau une série d'actions à la fois laborieuses et coûteuses, dont les effets deviennent trop rapidement obsolètes. Les recommandations, qui respectent les forces politiques et économiques, sont souvent mal adaptées au contexte culturel et aux aspirations de la communauté concernée.

## CONCLUSION GENERALE

En guise de conclusion, nous aimerions suggérer quelques pistes de solutions pertinentes qui tiennent compte des liens et contradictions entre les différents espaces étudiés. Il nous semble évident, suite à cette analyse, que chacun des espaces et leurs particularités sont sous-exploités dans les efforts engagés dans la lutte contre le paludisme et principalement en ce qui concerne l'acquisition de compétence sanitaire.

Le paradigme traditionnel et le paradigme biomédical dans lesquels viennent s'inscrire respectivement le *sumaya* et le paludisme divisent de ce fait les quatre espaces éducationnels en deux ensembles à la base d'une dichotomie dans l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires par les individus. Parallèlement, le contexte socioculturel prescrit les possibilités, mais surtout les limites, des hommes et des femmes de la communauté et se révèle important dans l'acquisition de connaissances et compétences sanitaires ainsi que dans la performance sanitaire préventive ou curative. La prise en compte de ces facteurs est, rappelons-le, essentielle à tout effort de lutte contre le paludisme.

La lutte contre le paludisme est en constante évolution. Elle se dotera bientôt de nouvelles armes. On peut penser au vaccin antipaludique (WHO, 2004) dont les progrès sont constamment annoncés dans le Journal hebdomadaire de l'Initiative

Roll Back Malaria ([www.rollbackmalaria.org](http://www.rollbackmalaria.org)). Elle développera aussi des stratégies plus ciblées, comme la gratuité de la prophylaxie antipaludique en traitement de masse pour tenter d'éradiquer le paludisme dans certaines régions de l'Afrique. Enfin, elle connaîtra la réintroduction de l'utilisation de l'insecticide DDT (Dichlorodiphényltrichloroéthane) qui avait d'abord été interdit pour des raisons de santé publique, mais qui revient en force pour éradiquer le vecteur des zones habitées (WHO, 2005). Ces tactiques de lutte contre le paludisme sont prometteuses, mais elles demeurent extrêmement coûteuses à développer et à utiliser et renvoient à une forme de politisation de la santé. De plus, ce type de moyen est hautement critiquable en ce sens que l'on tente d'esquiver la misère et la pauvreté des individus, dont l'argent manque cruellement pour combattre normalement la maladie et les autres maux sociaux, en injectant des sommes d'argent considérables dans le domaine de la recherche fondamentale et dans l'utilisation de produit coûteux plutôt que dans la lutte à la pauvreté. De ce fait, ces stratégies se situent beaucoup plus près de l'enjeu politique (Fassin, 1992) que du développement social.

Pour l'instant, la promotion de la santé et les autres efforts de santé publique que nous connaissons, comme l'éducation pour la santé, demeurent le meilleur pari pour réduire les taux de morbidité et mortalité dus au paludisme. Comme le souligne Tinta (1999), l'éducation pour la santé se justifie essentiellement dans une logique d'efficience, car il s'agit, par ce moyen, d'arriver à diminuer, sinon à annuler l'impact de certaines maladies à moindre coût, ce qui contraste avec les moyens mentionnés ci-haut (vaccin, DDT, etc.). Pour ce faire, chacun des espaces que nous avons examinés au long de notre exposé, doit apporter sa contribution, notamment en ce qui concerne l'acquisition de compétences qui sont, nous l'avons démontré, plus aptes à générer des pratiques efficaces de lutte contre le paludisme.

Tout d'abord, plusieurs propositions peuvent être adressées aux instances gouvernementales ainsi qu'à divers acteurs en santé concernant l'espace médical. Dans un premier temps, il y a un manque flagrant de communication entre les soignants et leurs patients qui limite le potentiel d'acquisition de connaissances et de compétences sanitaires par ces derniers. À de nombreuses reprises, on a pu constater qu'aucun conseil sanitaire n'était donné aux patients pour éviter d'être réinfecté par le paludisme. De plus, ce n'est que rarement que le diagnostic était expliqué au patient ou même simplement énoncé. La plupart des soignants observés ne se contentaient que de donner les indications de la prescription sans même expliquer la fonction des médicaments prescrits. Il est très important que le soignant prenne le temps d'expliquer, par exemple, que le paracétamol ne sert qu'à faire baisser la fièvre, alors que ce sont les comprimés de nivaquine qui soignent vraiment le paludisme. Ou encore qu'il est primordial de prendre tous les comprimés prescrits pour éviter la sous-médication et ses conséquences, et que les médicaments de rue constituent un réel danger pour leur santé. Connaissant les pratiques d'automédication des patients, il est essentiel de faire en sorte d'améliorer cette pratique qui n'est pas près de disparaître, tout en continuant, bien entendu, de soutenir l'importance de consulter au dispensaire en cas de paludisme.

Dans un deuxième temps, la formation médicale des intervenants en santé se doit d'être accompagnée d'une formation relative aux attitudes, comportements et conception culturelle des populations sous leurs soins. Une attention particulière devra être portée sur la distance épistémologique entre les concepts de paludisme et de *sumaya*. Ainsi, les intervenants en santé devraient éviter de traduire paludisme par *sumaya* lorsqu'ils annoncent le diagnostic à leurs patients. Parce que, d'une part, ce terme possède déjà sa signification propre pour les patients et, d'autre part, parce que d'utiliser ce terme ne permet pas aux patients de réaliser que leur maladie est due à l'infection causée par les moustiques qui transmettent le *Plasmodium* plutôt qu'au froid ou à la saleté, par exemple. Ainsi, plutôt que

d'annoncer *sumaya be* (c'est le *sumaya* ou c'est la maladie de la fraîcheur) l'infirmier ou le médecin pourrait utiliser une formule telle que : *paludisme ya be* (c'est la maladie du paludisme) ou même *soso ya be* (c'est la maladie du moustique). Ce faisant, le soignant serait plus en mesure de faire comprendre à son patient l'importance d'utiliser des moyens préventifs comme la moustiquaire. En somme, les soignants se doivent de devenir des transmetteurs actifs de connaissances et compétences sanitaires à chaque fois qu'un patient se présente pour un cas de paludisme.

De plus, le rôle et surtout la compétence des ASV méritent d'être renforcés puisqu'il s'agit d'un moyen privilégié pour atteindre la communauté. Des séances d'information devraient être régulièrement dispensées dans les villages et quartiers par les ASV afin d'améliorer les connaissances et compétences de la communauté dans la lutte contre le paludisme. Les ASV pourraient aussi devenir de meilleurs distributeurs de médicaments antipaludiques et antipyrétiques de qualité pour concurrencer les produits de rue, à la condition cependant de bien les former quant aux posologies adéquates ou en leur distribuant des médicaments préconditionnés pour éviter les erreurs posologiques qui ont été régulièrement constatées.

Enfin, diverses propositions peuvent être adressées au ministère de l'Éducation et à tous les éducateurs liés à l'espace scolaire. Dans un premier temps, une importante réforme de l'éducation nous semble essentielle. Nos recommandations sont à la fois variées et peu coûteuses. D'abord, nous suggérons d'aborder pour une première fois la question du paludisme dans les classes du niveau primaire, pour initier dès leur plus jeune âge les élèves au paradigme du paludisme et de poursuivre cet enseignement de façon progressive et surtout répétée tout au long de leurs études, ceci afin de permettre à un plus grand nombre d'enfants de se familiariser avec cette problématique.



Aussi, nous suggérons aux intervenants en santé (médecins, infirmiers, etc.) de participer activement en classe à la formation scolaire du paludisme, notamment en ce qui concerne le développement de compétences pour l'automédication, par l'enseignement du calcul posologique approprié (calculé généralement en fonction de l'âge ou du poids) et les risques de la sous-médication et de la résistance au plasmodium qui en résulte. Ceci permettrait de pallier au manque de compétences médicales reconnues des professeurs et qui leur interdit actuellement de parler de médicament en classe (pour des raisons que nous comprenons fort bien). Nous suggérons aussi que la présence des intervenants en santé dans les classes ait lieu au moment où le paludisme touche le plus d'individus, soit pendant ou immédiatement après la saison des pluies. À cette période, plusieurs enfants se présentent en classe avec un accès palustre et pourraient servir d'exemples concrets en termes de symptomatologie. Une activité de lecture de la goutte épaisse au microscope pourrait aussi être réalisée, ce qui permettrait aux élèves d'observer le plasmodium dans le sang et de concrétiser leur apprentissage.

Nous suggérons aussi que des activités soient réalisées par les élèves dans les villages environnants, comme des pièces de théâtre ou autres activités interactives ou d'échange, afin de faire le pont entre leur apprentissage scolaire et leur milieu familial qui, comme nous avons pu le constater, rejette trop souvent les connaissances apprises à l'école par les élèves. Nous savons aussi que peu d'élèves ont déjà dormi sous une moustiquaire puisque leurs parents n'en ont pas les moyens. Afin de les familiariser avec cet outil préventif qui a déjà fait ses preuves (WHO, Unicef, 2005), des activités parascolaires dans le cadre d'une campagne de financement pourraient, par exemple, être réalisées par les élèves et leur professeur afin de collecter les fonds nécessaires à l'achat d'une première moustiquaire imprégnée pour chacun d'eux. Il s'agit donc de matérialiser ce qui a été appris à l'école dans le cadre d'un cours magistral, sur l'importance de la moustiquaire, et de le mettre en pratique par des actions concrètes de la part des

élèves, qui deviennent de ce fait actifs dans, et acteurs de, leur propre apprentissage.

Pour ce qui est de l'espace tradithérapeutique, nous savons que beaucoup d'efforts sont déjà réalisés afin de tenter un rapprochement entre les tradipraticiens et les autres intervenants en santé travaillant dans les centres de soins (Sambo, 2005). Cependant, la variabilité présente entre les niveaux de connaissance et les champs de compétence de chacun des tradipraticiens rencontrés (de l'herboriste analphabète qui ne maîtrise que deux recettes médicinales, au tradithérapeute scolarisé qui améliore constamment sa pratique en adoptant au besoin des approches biomédicales de certaines maladies) nous a semblé trop importante pour que ces espaces puissent servir de plateforme éducative auprès de la population. De plus, il nous a semblé que la médecine traditionnelle avait sa fonction propre au sein de la communauté, qui dépasse le simple besoin de combattre le paludisme et d'acquérir une compétence biomédicale de cette maladie. Nous croyons qu'il s'agit davantage d'éduquer la communauté, et les tradipraticiens par la même occasion, face aux limites de la médecine traditionnelle dans les soins du paludisme, à cause, entre autres, de la résistance du plasmodium à la quinine qui est l'ingrédient actif des médicaments traditionnels selon les différents biochimistes qui ont étudié leurs composantes. Tout au plus, une plus grande sensibilisation des tradipraticiens à la nécessité pour eux d'encourager leurs patients à consulter au dispensaire en cas de paludisme afin d'éviter l'aggravation de la maladie pourrait être envisagée, vu le respect qu'a généralement pour eux la communauté.

Nos propositions pour l'espace familial vont dans le sens d'une sensibilisation accrue de la communauté et en particulier des mères et des grands-mères face aux moyens préventifs et curatifs existants et qui tiendraient compte de leur réalité socioculturelle et de la dichotomie des concepts de *sumaya* et de paludisme tel qu'exprimé plus haut. Dans cet espace, l'acquisition de connaissances et

compétences sanitaires liées au paludisme, ainsi que la performance en résultant, sont freinées par de nombreux facteurs et rendent ainsi difficile tout projet de promotion de la santé. On n'a qu'à penser à la pauvreté, à l'inégalité d'accès à l'éducation entre les hommes et les femmes, ou à la dépendance financière des femmes aux chefs de concessions (Uzochukwu, Onwujekwe, 2004). Ainsi, en plus de la promotion de la moustiquaire imprégnée, des médicaments antipaludiques en prophylaxie ou en traitement et autres outils qui nécessitent une contribution financière, parfois très importante, des individus, il faudrait voir à développer et promouvoir les outils alternatifs créés bien souvent à partir de produits locaux.

On peut penser à l'huile créée à partir du fruit de neem (*Azadirachta indica*), une plante locale, qui sert entre autres à éloigner les moustiques lorsqu'appliquée directement sur la peau ou à ses feuilles utilisées en infusion que l'on peut boire pour soigner le paludisme. On peut aussi penser au quassia (*Quassia africana*) dont l'écorce et les feuilles possèdent des propriétés fébrifuges (qui fait tomber la fièvre) et antipaludiques et qui est déjà utilisé en décoction dans notre zone d'étude par de nombreuses mères. Il y a aussi le kinkéliba (*Combretum micranthum*) dont les feuilles peuvent être mâchées en cas de paludisme. Bref, de nombreux produits, qui ont une efficacité démontrée par diverses études, sont à leur portée, et totalement gratuits s'ils vont eux-mêmes les chercher en brousse.

Ces produits pourraient même être utilisés en combinaison avec des outils que l'on doit acheter, comme des moustiquaires non imprégnées, moins chère à se procurer que leur variante imprégnée (200 à 500 FCFA vs 1500 à 15000 FCFA) donc plus disponibles et accessibles, que l'on pourrait vaporiser régulièrement avec de l'huile de neem pour son action insectifuge. Le conditionnement de ces différentes plantes, sous forme d'huile ou de sirop par exemple, pourrait même servir de revenu à des regroupements de femmes ou de villageois dans un souci de développement économique et de lutte à la pauvreté, résultant du coup en un

meilleur accès aux soins en cas de nécessité et à l'éducation pour ces groupes défavorisés. Bref, en attendant des conditions socio-économiques plus favorables à l'utilisation assidue, par exemple, des antipaludiques en prophylaxie, les ressources disponibles et gratuites se doivent d'être exploitées en permettant aux différents groupes de développer les compétences nécessaires pour prendre en charge leur propre santé.

Ces différentes recommandations ou suggestions ne constituent pas, bien sûr, la liste exhaustive des possibilités d'intervention pour l'augmentation des compétences sanitaires pour la prévention et le soin du paludisme, mais constituent certainement des exemples beaucoup plus viables que de simplement promouvoir *ad nauseam* l'achat de médicaments, de moustiquaires imprégnées et de consultations au dispensaire.

En somme, c'est d'une action globale dont ces communautés ont besoin pour combattre la morbidité et la mortalité due au paludisme. C'est par des actions qui respectent les valeurs, le système de sens, mais aussi les limites sociales et économiques des différents groupes d'individus que nous pouvons espérer arriver, et cela, toujours dans une approche communautaire, à augmenter les compétences sanitaires de la population et, conséquemment, à faire reculer le paludisme.

## BIBLIOGRAPHIE

**Almedom, A. M.**

**1998** *Procédures d'évaluation Sanitaire: Approches et Méthodes pour l'évaluation des Pratiques d'hygiène relatives à l'eau et à l'assainissement*, Méthodes de recherche en sciences sociales sur les maladies, INF, 128 p.

**Audibert, M.**

**2004** *Lutte contre le paludisme: approche économique des obstacles à son contrôle*, Sciences sociales et santé, 22(4), 25-30

**Aujoulat, L. P.**

**1969** *Santé et développement en Afrique*, éd. Librairie Armand Colin, 288 p.

**Balandier, G.**

**1957** *L'Afrique ambiguë*, Paris, Plon, 296 p.

**Banque mondiale**

**2005** *Rapport sur le développement dans le monde 2006. Équité et développement*, Banque mondiale, Washington, 24 p.

**Becher, H., Müller, O., Jahn, A., Gbangou, A., Kynast-wolf, G., Kouyaté, B.**

**2004** *Risk factors of infant and child mortality in rural Burkina Faso*, Bull World Health Organ vol.82 no.4 Genebra Apr. 265-273

**Beiersmann, C.**

**2005** *Malaria in rural Burkina Faso: Local concepts, health-seeking behaviour and patterns of traditional treatment*, Université d'Heidelberg, Mémoire de maîtrise, 123 p.

**Benoist, J., Desclaux, A.**

**1996** *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, éd. Karthala, 360 p.

**Bibeau, G.**

**1979** *De la maladie à la guérison: essai d'analyse systématique de la médecine des Angbandi du Zaïre*, Ph. D., Université Laval, Québec, 625 p.

**Bibeau, G.**

**1997** *At Work in the Fields of Public Health: The Abuse of Rationality*, Medical Anthropology Quaterly, Jun; 11(2): 246-251

**Bley, D.**

**2004** *Atelier intégratif du programme PAL+ "Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement*, Compte rendu de colloque (Anglet, 2-4 avril 2003), Natures Sciences Sociétés 12, 225-227

**Bonnet, D.**

**1986a** *Approche culturelles du paludisme et mesures de la morbidité et de la mortalité chez les jeunes enfants au Burkina Faso*, éd. Orstom, Ouagadougou, 6 p.

**Bonnet, D.**

**1986b** *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*, éd. Orstom, Paris, 339-342

**Bonnet, D.**

**1990** *Anthropologie et santé publique : Une approche du paludisme au Burkina Faso*, éd. Ellipse, Paris, 243-258

**Bonnet, D., Jaffré, Y.**

**2003** *Les maladies de passage- Transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, éd. Karthala, Paris, 510 p.

**Bonniel, J.**

**1984** *Les Savoirs naturalistes populaires : actes du séminaire de Sommières, déc. 1983*, Cahier d'ethnologie de la France, éd. Maison de sciences de l'homme, Paris, 94 p.

**Bouallag, M.**

**2006** *De l'approche par les objectifs à l'approche par les compétences*, Pagestec, créé le 16 mai 2006, consulté le : 7 mai 2007  
<http://www.pagestec.org/web2001/index.php?op=newtopic&topic=46>

**Breman J., Alilio M., Mills A.**

**2004** *Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary*. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl. 2):1-15

**Busia, K. A.**

**1969** *Purposeful education for Africa*, The Hague, Mouton, 107 p.

**Castle, E. B.**

**1966** *Growing up in East Africa*, London: Oxford University Press, Nairobi Ibadan, 267 p.

**Chiappino, J.**

**1992** *Participation charitable ou concertation : alternatives à l'assistance médico-sanitaire prodiguée aux Yanomami du Vénézuéla*, In Cahiers des Sciences Humaines, 28 (1), p. 99-121

**Commission du VIH/sida et de la Gouvernance en Afrique**

**2004** *L'impact du VIH/sida sur le genre, les orphelins et les enfants vulnérables*, Addis-Abeba, 23 p.

**Corin, E.**

**1973** *Les voies d'accès vers une étude de l'identité en Afrique*, Revue zaïroise de psychologie et de pédagogie, 11, 2 : 5-20

**Cros, M.**

**1994** *Les Maux de l'autre : la maladie comme objet anthropologique : actes du colloque de Bordeaux*, 28 & 29 mars, 142 p.

**Curtis, V.**

**2001** *Signe d'évolution des comportements suite à un programme de promotion de l'hygiène au Burkina Faso*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 79 (6) : 518-527

**Dale, S.**

**2006** *Nouvelles armes dans la guerre contre le paludisme. Éradiquer la maladie pour améliorer la santé générale en Tanzanie*, août 2004, [www.crdi.ca/piest](http://www.crdi.ca/piest)



**Dawson, S., Manderson, L.**

**1993** *A Manual for the Use of Focus Groups*, International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston, 96 p.

**De Landsheere, V.**

**1988** *Faire réussir, faire échouer : la compétence minimale et son évaluation*, éd. Pédagogie d'aujourd'hui, Paris, 121 p.

**De Plaen, R.**

**2004** *The paddy, the vector and the caregiver: lessons from an ecosystem approach to irrigation and malaria in Northern Côte d'Ivoire*, Acta Tropica, 135-146

**Deressa, W., Ali, A., Enqusellassie, F.**

**2003** *Self-treatment of malaria in rural communities*, Butajira, southern Ethiopia, Bulletin of the World Health Organization, vol.81, no.4, 261-268

**Diallo, A. B.**

**2001** *Prise en charge à domicile des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans une zone rurale de République de Guinée*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'article no 5, 5-10

**Diop, S.**

**1995** *Environnement et santé. Essai d'épidémiologie de la schistosomiase et du paludisme en zone sahélienne au Mali*, Université de Provence, 270 p.

**Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., Mugisha, F., Sauerborn, R.**

**2003** *Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso*, Health Econ. 12: 849-862

**Doumbia, T.**

**2001** *Groupes d'âge et éducation chez les Malinké du sud du Mali*, Paris ; Montréal : L'Harmattan, 255 p.

**Downs, C.**

**2001** *Mythe cosmogonique et dialogue scientifico-religieux*, Théologiques vol 9 no1, Montréal, <http://www.erudit.org/revue/theologi/2001>,

**Drabo K. M., Tarnagda Z., Zeba A. N., Seri L., Ouedraogo J. B., Kabore I., Rouamba J., Guiguemde T. R.**

**2003** *Représentations et pratiques en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins 5 ans en milieu rural de la province du Houet*, Sciences et techniques, Sciences de la santé, Ouagadougou, Vol. 26, n° 2, 5 p.

**Dugas, M.**

**2005** *Etuvac, deuxième rapport pour le CRDI du volet de l'anthropologie médicale*, non publié

**Ember, C. R., Ember, M.**

**2005** *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Springer-Verlag, N.Y., 2944 p

**Erny, P.**

**1972** *L'enfant et son milieu en Afrique noire*, éd. PBP, Paris, 310 p.

**Erny, P.**

**1982** *Ecoles d'Eglise en Afrique noire : poids du passé et perspectives d'avenir*, Immensee : Nouvelle revue de science missionnaire, 191 p.

**Fainzang, S.**

- 1986** *L'intérieur des choses : maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, In Cahiers d'études africaines Année 1985 Volume 25  
Numéro 100 pp. 592-593

**Fainzang, S.**

- 1989** *Pour une anthropologie de la maladie en France : un regard africaniste*,  
Cahiers d'études africaines, Volume 29, Numéro 113, 152 - 153

**Fainzang, S.**

- 2000** *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale*, Centre d'études et de  
recherches comparatives en ethnologie, Revue électronique du CERCE,  
<http://recherche.univ-montp3.fr/mambo/cerce/r1/s.f.doc>

**Fassin, D.**

- 1992** *Pouvoir et maladie en Afrique, anthropologie sociale dans la banlieue de  
Dakar*, Presses universitaires de France, Paris, 359 p.

**Faye, S. L., Lalou, R., Adjamagbo, A.**

- 2004** *Soigner les enfants exclusivement à domicile en cas de paludisme en milieu  
rural sénégalais : un effet de la pauvreté ? Étude de la population africaine*  
Supplément A du vol. 19, 121-140

**Fonteneau, B.**

- 2000** *Émergence de pratiques d'économie sociale dans le financement de la  
santé au Burkina Faso*, Revue Économie et Solidarités, vol. 31, no. 2, 137-  
157

**Gadamer, H. G.**

- 1998** *Philosophie de la santé*, éd. Grasset et Fasquelle, Paris, 192 p.

**Gbodossou, E. V. A.**

**2004** *Commentaire sur l'ébauche des Objectifs de Développement*, Dakar, novembre 2004

[http://www.prometra.org/FrenchWebsite/Fr\\_Documents/UNMilleniumProjectfr](http://www.prometra.org/FrenchWebsite/Fr_Documents/UNMilleniumProjectfr)

**Geertz, C.**

**1973** *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books, 470 p.

**Good, B.**

**1998** *Comment faire de l'anthropologie médicale? : Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson : SynthéLabo éd., 450 p.

**Granado, S., Ettien Ablan, A. M., N'Gronma, N. A. B., Yao, A. K., Tanner, M., Obrist, B.**

**2006** *La vulnérabilité des citadins à Abidjan en relation avec le palu : Les risques environnementaux et la monnayabilité agissant à travers le palu sur la vulnérabilité urbaine*, La revue électronique en sciences de l'environnement VertigO, Hors Série 3, décembre 2006, 9 p.

**Gruenais, M. E.**

**2003** *Personnels de santé et populations face à l'expérience ordinaire des fièvres en Afrique subsaharienne*, Xème Actualités du Pharo, Med Trop 2003; 63 : 271-275

**Hamado, N.**

**2003** *CAMEG : Après la disponibilité, gagner la bataille de la qualité*, Le Faso.net, [http://www.lefaso.net/article.php3?id\\_article=4596](http://www.lefaso.net/article.php3?id_article=4596)

**Hamel, M. J.**

**2002** *Lutte antipaludique dans le district de Bungoma (Kenya) : enquête sur le traitement à domicile des enfants fiévreux, l'utilisation des moustiquaires et les visites aux dispensaires de soins prénatals*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'article no 6, 84-93

**Haxaire, C.**

**2003** *Toupaille, kits MTS et remèdes du mal d'enfant chez les Gouro de Zhenoula (Côte-d'Ivoire)*, Anthropologie et Sociétés, vol. 27, n° 2: 77-95

**Hours, B.**

**1986** *L'état sorcier, santé publique et société au Cameroun*, éd. L'Harmattan, 165 p.

**IRSC, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, CRSH du Canada**

**1998** *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, 102 p.

**Jaffré, Y.**

**2003** *Les apports de l'anthropologie sociale à la lutte contre le paludisme*, Méd. Trop. 63 : 276-281

**Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J. P.**

**2003** *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Édition Karthala, 449 p.

**Jonnaert, P.**

**2002** *Compétences et socioconstructivisme, un cadre théorique*, éd. De Boeck, Bruxelles, 100 p.

**Jonnaert, P.**

- 2003** *Compétences, actions, situations et problématisation*, Texte de l'intervention de Philippe Jonnaert aux rencontres du REF 2003 à Genève, <http://www.ore.uqam.ca/Documentation/Jonnaert/REF2003.mht>

**Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., Masciotra, D.**

- 2004** *Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité*, Revue des sciences de l'éducation, no 3, 667-696

**Kpatchavi, C. A.**

- 2000** *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin, le cas du paludisme: éléments empiriques pour une anthropologie de la santé*. Université de Fribourg, Allemagne, 256 p.

**Laplane, J.**

- 1994** *Le savoir en usage dans la guérison par les plantes: Etude de cas à Belem*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, 105 p.

**Lévy, J. F.**

- 2000** *État de l'art sur la notion de compétence*, INRP, 23 p.

**Linton, R.**

- 1936** *De l'homme*. Paris: Éditions de Minuit, 1967, Collection : Le sens commun, 535 p.

**Lock, M.**

- 1980** *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience*, Berkeley: University of California Press, 311 p.

**Louis, J. P., Trebucq, A., Hengy, C., Djin-Djon, F., Job, H. C., Fokoua, S., Gelas, H., Carnevale, P.**

**1992** *Attitudes thérapeutiques et paludisme dans le bassin de la Sanaga (Cameroun)*, Bulletin de la Société de pathologie exotique, Paris, vol. 85, no3, 252-255

**Malinowski, B.**

**1968** *Une théorie scientifique de la culture*, éd Point, Paris, 182 p.

**Masciotra, D.**

**2007** *L'agir compétent : une approche situationnelle*, Observatoire des réformes en éducation, UQAM, document en ligne, consulté en mai 2007, <http://www.ore.uqam.ca/Documentation/Masciotra/.pdf>

**Maurin, J. C.**

**2001** *La médiation de l'apprentissage*, Document d'étude en ligne, consulté en mai 2007, [http://www.ymca-cepiere.org/guide/docs/la\\_mediation.htm](http://www.ymca-cepiere.org/guide/docs/la_mediation.htm)

**MEBA, MESSRS**

**2004** *Rapport national sur le développement de l'éducation au Burkina Faso*, MEBA et MESSRS, 18 p.

**Meley, M. F.**

**2007** *Vivre avec un diabète en milieu rural au Burkina Faso. Système médical et gestion de la chronicité*, Point de vue, no.6 janvier-février 2007, 3-4

**Ministère de la santé BF**

**2006** *Annuaire statistique/santé 2005*, direction des études et de la planification, Ouagadougou, [http://www.insd.bf/Publications/publi\\_stat\\_sect\\_menu.htm](http://www.insd.bf/Publications/publi_stat_sect_menu.htm)

**Moffet, J. D.**

**2000** *La compétence langagière et le transfert*, Correspondance, volume 6, no 2 novembre 2000, <http://www.ccdmd.qc.ca/correspo/Corr6-2/Compet.html>

**Mohib, N., Sonntag, M.**

**2003** *La légitimité au cœur de l'action et de la compétence*, site de l'Institut national de la recherche pédagogique, n°7194, 7 p.

**Mugisha, F., Kouyate B., Hengjin, D., Chepng'eno, G., Sauerborn, R.**

**2004** *The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso*, Bulletin of the World Health Organization, Août 2004, vol. 82, no 8, 572-579

**Müller, O., Traore, C., Kouyate, B.**

**2003** *Clinical efficacy of chloroquine in young children with uncomplicated falciparum malaria – a community-based study in rural Burkina Faso*, Tropical Medicine and International Health, Blackwell Publishing Ltd, volume 8 no 3, 202–203

**Müller, O., Traore, C., Becher, H., Kouyate, B.**

**2003** *Malaria morbidity, treatment-seeking behaviour, and mortality in a cohort of young children in rural Burkina Faso*, Tropical Medicine and International Health, volume 8 no 4, 290-296

**Müller, O., Razum, O., Traore, C., Kouyate, B.**

**2004** *Community effectiveness of chloroquine and traditional remedies in the treatment of young children with falciparum malaria in rural Burkina Faso*, Malar J. 2004 ; 3: 36, 7 p.



**Müller, O., Traore, C., Kouyate, B.**

**2004** *Efficacy of pyrimethamine-sulfadoxine in young children with uncomplicated falciparum malaria in rural Burkina Faso*, Malar J. 2004; 3:10, 3 p.

**Müller O, Frey C, Traoré C, Kouyaté B.**

**2004** *Retreatment of long-lasting ITNs under field conditions in rural Burkina Faso*, Journal of Tropical Pediatrics, 50: 6

**Nations Unies**

**2001** *Compte rendu analytique de la 137<sup>ème</sup> séance, tenue au Palais des Nations, Convention relative aux droits de l'enfant, Genève,*  
<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/2ec294b2288fa85b412561510038ce84>

**Ndoye, T.**

**2002** *Savoirs et pratiques des professionnels de santé relatifs à la prévention et à la prise en charge du paludisme au Sénégal*, thèse de doctorat, UR 002 Acteurs et systèmes de santé en Afrique (ASSA)

**Ocitti, J. P.**

**1973** *African indigenous education*, East african lit. bureau, Nairobi, 116 p.

**Okrah1, J., Traore, C., Pale, A., Sommerfeld, J., Müller, O.**

**2002** *Community factors associated with malaria prevention by mosquito nets: an exploratory study in rural Burkina Faso*, Trop Med Int Health. 2002; 7 40–248

**Olivier de Sardan, J.P.**

**1990** *Sociétés et développement*. In Fassin & Jaffré (eds) : Sociétés. développement et santé. Paris : Ellipses, 28-37

**OMS**

**1986** *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS,  
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2)

**OMS**

**2000** *Comité OMS d'experts du paludisme. Vingtième rapport*, Série de rapports techniques N°892, Genève, OMS,  
[http://www.who.int/malaria/docs/ecr20fr\\_toc.htm](http://www.who.int/malaria/docs/ecr20fr_toc.htm)

**OMS**

**2001** *Mobilisation des ressources extérieures pour la lutte contre le paludisme : perspectives dans les pays de l'Afrique de l'Ouest*, Banque Mondiale/Washington DC, 18-19 Avril 2001, 30 p.

**OMS**

**2003a** *La déclaration d'Abuja et le plan d'action*, <http://www.who.int/fr/>

**OMS**

**2003b** *Rapport sur la santé dans le monde 2003. Façonner l'avenir*, OMS,  
<http://www.who.int/whr/2003/fr/>

**OMS**

**2005** *Communiqué de presse OMS/AFRO*, Brazzaville, le 25 avril 2005,  
<http://www.afro.who.int/press/french/2005/pr20050425.html>

**OMS**

**2005** *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, Genève, OMS, [http://www.radix.ch/orgf/data/data\\_8.pdf](http://www.radix.ch/orgf/data/data_8.pdf).

**Onoge, O. F.**

- 1975** *Capitalism and public health: a neglected theme in the medical anthropology of Africa*, In: *Topias and utopias in health*, The Hague: Mouton, Chicago

**ONU**

- 2006** *Développement économique et social. Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique (2001-2010)*, Conférence et manifestation.  
<http://www.un.org/french/events/observances/econsoc.htm>

**Perrenoud, P.**

- 1999** *Construire des compétences, tout un programme !*, Propos recueillis par Luce Brossard pour Vie Pédagogique, n° 112, septembre-octobre, .16-20

**Perrenoud, P.**

- 2000** *Construire des compétences dès l'école*, Paris, ESF, 3e éd., 43-67

**Petersen, A., Lupton, D.**

- 1996** *The new public health: a new morality?* The new public health. Health and self in the age of risk, London, UK

**Pottinger, P., Goldsmith, J.**

- 1979** *Defining and measuring competence*, éd. Jossey-Bass Inc., San Francisco

**RBM (Roll Back Malaria)**

- 2005** *Plan stratégique mondial, faire reculer le paludisme 2005-2015*, éd. RBM membership

**Rey, B.**

**1996** *Les compétences transversales en question*, éd. ESF, Paris, 216 p.

**Rezkallah, N., Epelboin, A.**

**1994** *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, Édition Amades, 142 p.

**Roger, M.**

**1993** *Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution*, In; se soigner au Mali, éd par Brunet-Jailly, Orstrom, Paris, 83-125

**Roy, B.**

**2002** *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*, Thèse de doctorat, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 264 p.

**Rwangabo, P. C.**

**1993** *La médecine traditionnelle au Rwanda*, Economie et Développement, éd. Karthala, Paris, 272 p.

**Sabatinelli, G., Lamizana, L.**

**1989** *Le paludisme dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso)*, in : Urbanisation et santé dans le Tiers Monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires-, /Salem, Gérard (ed.) ; /Jeannée, Emile (ed.), ORSTOM, Paris, 187-193

**Saillant, F., Genest, S.**

**2005** *Anthropologie et santé. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec, PUL/Anthropos, coll. Francine Saillant, 490 p.

**Sambo, L. G.**

**2005** *Message du directeur régional de l'OMS, Dr Luis Gomes Sambo, à l'occasion de la troisième journée africaine de la médecine traditionnelle*, <http://www.afro.who.int/regionaldirector/french/speeches/rd20050831.html>

**Sillonville, F. K.**

**1988** *Nos enfants vivront- l'éducation pour la santé chez les Bamileke*, éd. L'Harmattan, Paris, 236 p.

**Singer, P.**

**1977** *Traditional Healing: New Science or New Colonialism?* Essays in Critique of Medical Anthropology, Conch Magazine, Owerri, 260 p.

**Tardif, N.**

**2000** *Activités relatives à la construction du concept de compétence*, Document de travail

**Tchokoteu, P. F., Bitchong-Ekono, C., Tietche, F., Tapko, J. B., Same Ekobo, A., Douala-Mouteng, V., Moukoudi A. A. A., Juimo, A. G., Mbede, J., Nkoulou H.**

**1999** *Les formes graves du paludisme de l'enfant dans un service de pédiatrie générale à Yaoundé, Cameroun*, Parasitologie, mai 1999 vol. 92, no3, 153-156

**Thompson, H. O., Thompson, J. E.**

**1993** *Women: Their health and future in Africa*, In: Health education and welfare in Africa, éd. H.O. Thompson, J. Knappert, H.B. Feddema, New Delhi, ISPCK, 1-23

**Tinta, S.**

**2006** *Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali*, Bulletin de l'A.P.A.D, n° 17, Anthropologie de la santé, [En ligne], <http://apad.revues.org/document480.html>. Consulté le 20 avril 2007.

**Toussaint, M. J., Xypas, C.**

**2004** *La notion de compétence en éducation et en formation : fonctions et enjeux*, L'Harmattan, 320 p.

**Traore, C.**

**2003** *Epidemiology of malaria in a holoendemic area of rural Burkina Faso*, Inaugural dissertation to obtain the degree of Dr. med. at the Medical Faculty of the Ruprecht-Karls-University Heidelberg, May 2003, [http://www.glowa-volta.de/publications/printed/thesis\\_traore.pdf](http://www.glowa-volta.de/publications/printed/thesis_traore.pdf).

**Trape, J.**

**2001** *The public health impact of chloroquine resistance in Africa*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 64 (Suppl.), 12–17, 2001

**Tren, R.**

**2004** *Le paludisme demain*, Dow Jones & Company ET J.A./L'intelligent, 14 juin 2004, <http://www.jeuneafrique.com/sante/article>

**Tylor, E. B.**

**1871** *Primitive culture - researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art, and custom*, Londres, Holt, 2 vol.

**UNESCO**

**2000** *Santé et nutrition en milieu scolaire. L'Éducation pour tous- Bilan à l'an 2000*, Dakar, 57 p.

**UNESCO**

- 2002** *Taux de survie par année d'études*,  
[http://www.uis.unesco.org/i\\_pagesfr/indspec/tecspe\\_survie.htm](http://www.uis.unesco.org/i_pagesfr/indspec/tecspe_survie.htm)

**UNESCO**

- 2005** *EPT, Rapport mondial de suivi 2005*, éd. Unesco, 46 p.

**UNESCO**

- 2006** *Rapport mondial de l'éducation pour tous 2006*, éd. Unesco, 464 p.

**UNICEF, RBM**

- 1994** *Malaria, a major cause of child death and poverty in Africa*, UNICEF/HQ,  
 17 p.

**UNICEF**

- 2004** *Le paludisme : une des principales causes de décès et de pauvreté des enfants en Afrique*, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Division de la communication, New York, 18 p.

**Union Africaine**

- 2006** *Point sur la lutte contre le paludisme en Afrique Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme (STP)*, 2 au 4 mai 2006 Abuja (Nigeria), 40 p.

**Uzochukwu, B. S. C., Onwujekwe, O. E.**

- 2004** *Socio-economic differences and health seeking behaviour for the diagnosis and treatment of malaria: a case study of four local government areas operating the Bamako initiative programme in south-east Nigeria*, International Journal for Equity in Health, 2004 jun 17; 3 (1):6

**WHO**

- 2001** *The use of antimalarial drugs. Report of an informal consultation*, WHO, Geneva, [http://www.rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/014/923/am\\_toc.htm](http://www.rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/am_toc.htm)

**WHO**

- 2004** *Malaria Control and Immunization: a sound partnership with great potential*, WHO/HTM/RBM, <http://www.emro.who.int/RBM/RBM-EPI-EN.pdf>.

**WHO**

- 2005** *Guidelines on situation analysis for public health pesticide management*, WHO, 50 p.

**WHO, Unicef**

- 2005** *Protecting vulnerable groups in malaria-endemic areas in Africa through accelerated deployment of insecticide-treated nets*, WHO/HTM/RBM, [www.afro.who.int/malaria/publications/who\\_unicef\\_joint\\_statement.pdf](http://www.afro.who.int/malaria/publications/who_unicef_joint_statement.pdf)

**Yé, M., Hoshen, M., Louis, V., Simboro, S., Traoré, I., Sauerborn, R.**

- 2006** *Housing conditions and Plasmodium falciparum infection: protective effect of iron-sheet roofed houses*, Malar J. 2006; 5: 8. doi: 10.1186/1475-2875-5-8

**Yeboah-Antwi, K.**

- 2001** *Impact du préconditionnement des antipaludiques sur le coût pour le patient et sur l'observance du traitement*, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'article no 5, 79 : 394-399



## **ANNEXE 1**

# Afrique



Burkina Faso



Kossi



■ Ouagadougou

■ Bobo-Dioulasso

Kossi



Auteur: CFSH/SGH/GIS  
Source: Afrique de l'Ouest au 1/200 000

## **ANNEXE 2**

Obs. clinique N° de sujet :      Date :      /      / 2005    Heure :      :      Langue : Français ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Autre

État du consultant :

Niveau socio-économique du consultant: Faible ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Élevé

Attitude du consultant :    très passif    passif    entre les deux    actif    très actif

Comportements du consultant :

Attitude de l'accompagnateur :    Ø    {O}    très passif    passif    entre les deux    actif    très actif

Sexe de l'accompagnateur :    ♂    ♀      Niveau socio-économique de l'accompagnateur : Faible ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Élevé

Autre accompagnateur :

Comportements de l'accompagnateur :

Description du problème :

Attitude dans la description du problème :

Attitude du médecin :

Questions du médecin :

Réponse au médecin :

Question du consultant :

Réponse au consultant :

Diagnostic et remarque :

Conseils pharmaceutiques :

Prescription :

Posologie :

Examen recommandé :

Rendez-vous recommandé :

Conseils nutritionnels :

Autre conseils :

Historique :

Autres remarques (verso) :

### **ANNEXE 3**

Fiche de l'enquêteur

Observation clinique

N° de sujet :

Description du problème :

Questions du médecin :

Réponses au médecin :

Questions du consultant :

Réponses au consultant :

Diagnostic et remarques :

Conseils pharmaceutiques :

Prescription :

Posologie :

Examens recommandés :

Rendez-vous recommandés :

Conseils nutritionnels :

Autres conseils :

Autres remarques :

## **ANNEXE 4**



Ent. clinique N° de sujet : Date : / / 2005 Heure : : Langue : Français ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Autre

À quel âge et pourquoi la première consultation clinique :

Âge du consultant : \_\_\_\_ ans

Évaluation de la rencontre par le consultant ou l'accompagnateur :

Description du problème/diagnostique par le consultant ou l'accompagnateur :

Attitude dans la description du diagnostique : très passif passif entre les deux actif très actif

Niveau socio-économique du consultant: Faible ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Élevé

Description de l'accompagnateur :

Âge de l'accompagnateur : \_\_\_\_ ans

Lien avec le consultant :

Autres accompagnateurs :

Niveau socio-économique de l'accompagnateur : Faible ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ Élevé

Questions du médecin :

Réponses au médecin :

Questions au médecin :

Réponses du médecin :

Diagnostique et remarques :

Conseils pharmaceutiques :

Prescription et fonctions connues du consultant :

Posologies connues du consultant :

Examens recommandés connus du consultant :

Rendez-vous recommandés :

Prescription et posologies sur papier :

Examens recommandés sur formulaire :

Conseils nutritionnels :

Autres conseils :

Autres remarques (verso) :

Intention dans l'achat des médicaments :

L'achat sera facile, argent disponible ?

Comportements du consultant à cette entrevue :

## **ANNEXE 5**

Marylène Dugas  
Février 2005

Université de Montréal

## RECHERCHE EN ANTHROPOLOGIE MÉDICALE

**Titre :** *Prise en charge préventive-curative du paludisme. Articulations entre quatre espaces éducationnels d'acquisition de compétences.*

Étude en milieu scolaire des connaissances et compétences relatives au paludisme  
(*plasmodium falciparum*)

### Question à développement :

Directive : Répondre en trois (3) lignes minimum

- 1— Qu'est-ce que le paludisme?
- 2— Qu'est-ce qui cause le paludisme?
- 3— Quels sont les symptômes du paludisme?
- 4— Comment soigne-t-on le paludisme?
- 5— Comment prévient-on le paludisme?

## **ANNEXE 6**

## Questionnaire 1- Connaissances et compétences liées au paludisme

No de sujet : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2005 Heure : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Village/secteur : \_\_\_\_\_

Ethnie de la mère : 1- Bwaba ☐ 2- Marka/Dafing ☐

Ethnie du père : 1- Bwaba ☐ 2- Marka/Dafing ☐ 3- Autre ☐ (précisez) \_\_\_\_\_ Langue \_\_\_\_\_

Âge de la mère : \_\_\_\_\_ Occupations principales de la mère : \_\_\_\_\_

Âge du père : \_\_\_\_\_ Occupations principales du père : \_\_\_\_\_

### **Indiquez toutes les occupations selon leur importance :**

1. Agriculteur    2. Éleveur    3. Commerçant (boutique)    4. Commerçant (rue)    5. Artisan    6. Potier  
7. Dolotière    8. Griot/coiffeur    9. Ménagère    10. Fonctionnaire    11. Autre (précisez)

Estimation du niveau socio-économique : 1- Très bas ☐ 2- Bas ☐ 3- Moyen ☐ 4- Élevé ☐ 5- Très élevé ☐

Statut marital: 1- Mariée ≠ coépouse ☐ 2- Mariée + coépouse ☐ 3- Veuve ≠ coép. ☐ 4- Veuve + coép. ☐

5- Divorcée ☐ 6- Fille mère ☐

Religion de la mère :

1- Musulmane ☐ 2- Catholique ☐ 3- Protestante ☐ 4- Animiste ☐ 5- Autre ☐ (précisez) \_\_\_\_\_

Religion du père :

1- Musulmane ☐ 2- Catholique ☐ 3- Protestante ☐ 4- Animiste ☐ 5- Autre ☐ (précisez) \_\_\_\_\_

Grand mère sur la concession : 1- Paternelle ☐ 2- Maternelle ☐ 3- Paternelle et maternelle ☐ 4- Aucune ☐

Instruction de la mère : 1- Aucune ☐ 2- Sait lire ☐ 3- Primaire ☐ 4- Secondaire ☐ 5- Autre ☐ (précisez): \_\_\_\_\_

Compréhension, français de la mère : 1- Ne comprend pas le français ☐ 2- Comprend un peu ☐ 3- Comprend bien le français ☐

Qualité du français parlé de la mère : 1- Ne parle pas français ☐ 2- Parle un peu ☐ 3- Parle bien le français ☐

L'enquêteur posera ici quelques questions qu'il jugera pertinentes afin d'évaluer la qualité de la compréhension et du français parlé de l'interviewé.

L'interviewé est-elle enceinte présentement : 1- Non ☐ 2- Oui ☐ 3- Ne sais pas ☐

Âge de la mère au premier enfant : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants vivants : \_\_\_\_\_ Âges des enfants : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants décédés : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

Quelles sont les principales maladies affectant vos enfants?

---

Mot (s) désignant le « Paludisme simple » dans la langue locale \_\_\_\_\_

Mot (s) désignant le « Paludisme grave » dans la langue locale \_\_\_\_\_

Qu'est-ce que le paludisme?

---

---

---

Qu'est-ce qui cause le paludisme?

---

---

---

Quels sont les symptômes du paludisme simple?

---

---

---

Quels sont les symptômes du paludisme grave ?

---

---

---

Comment soigne-t-on le paludisme?

---

---

---

Comment prévient-on le paludisme?

---

---

---

---

Avez-vous une moustiquaire installée dans votre maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Combien? \_\_\_\_\_

Avec l'accord de l'interviewée, l'enquêteur procédera à la vérification de la qualité de l'installation des moustiquaires.

Depuis combien de temps vous avez ces moustiquaires? : 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_ 3- \_\_\_\_\_

État et nombre de moustiquaires installées : 1- mauvais état \_\_\_\_\_ 2-Présence de quelques trous \_\_\_\_\_ 3-Bon état \_\_\_\_\_

Qualité de l'installation : 1-Mauvaise installation ☐ (raison) \_\_\_\_\_ 2-Bonne installation ☐

Au besoin, demandez à l'interviewé d'installer une moustiquaire afin d'évaluer la qualité de l'installation.

Combien d'enfants dorment sous une moustiquaire? \_\_\_\_\_

Où sont-elles installées? 1- Aucun ☐ 2-Enfants ☐ 3-Mère ☐ 4-Père ☐ 5-Tous ☐

Les moustiquaires sont-elles imprégnées? 1-Aucun ☐ 2-Certains ☐ 3-Tous ☐

Où trouve t'on les moustiquaires?

1-Marchants ☐ 2-Pharmacies ☐ 3-Autre ☐ (précisez) \_\_\_\_\_ 4- Ne sais pas ☐

Combien coûte une moustiquaire simple? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Combien coûte une moustiquaire imprégnée? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Combien de temps dure une imprégnation de moustiquaire? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait réimprégner une moustiquaire? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Où peut-on faire réimprégner une moustiquaire? \_\_\_\_\_

Combien coûte une réimprégnation? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Désherbez-vous votre cour? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Pourquoi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pratiquez-vous des cultures autour de la maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Pourriez-vous éviter de cultiver autour de la maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Pourquoi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilisez-vous des insecticides? 1- Aérosols ☐ 2- Spirales ☐ 3- Autre ☐ (précisez) \_\_\_\_\_ 4- Aucun ☐

Combien coûtent les Aérosols? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐ Les spirales? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Avez-vous des stratégies pour éviter que vos enfants se fassent piquer par les moustiques? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Quelles sont-elles?

---

---

---

---

Mettez-vous vous-même vos jeunes enfants (sevrés) au lit? 1-Non ☐ 2-Parfois ☐ 3-Oui ☐

A quelle heure vos jeunes enfants sont-ils au lit? Vers \_\_\_\_\_ heure

---

---

---

Que faites-vous lorsque vos enfants sont fiévreux?

---

---

---

Avez-vous des antipaludiques préventifs à la maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Lesquels : \_\_\_\_\_

Avez-vous des antipaludiques curatifs à la maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Lesquels : \_\_\_\_\_

Utilisez-vous des antipaludiques préventifs? 1-Non ☐ 2-Oui ☐ Dose régulière : \_\_\_\_\_

Quand doit-on donner des antipaludiques préventifs?

---

Quand doit-on donner des antipaludiques curatifs?

---

Où achetez-vous vos antipaludiques?

---

Connaissez-vous la dose d'antipaludique à donner à vos enfants?

---

Connaissez-vous les effets de la sous médication? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Si oui, quels sont-ils?

---

---

Avez-vous du paracétamol à la maison? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Où achetez-vous votre paracétamol?

---

---



Avez-vous déjà acheté du paracétamol dans la rue? 1-Non ☐ 2-Oui ☐

Quand doit-on donner du paracétamol?

---

Connaissez-vous la dose de paracétamol à donner à vos enfants?

---

---

---

Quand doit-on aller chez le médecin/infirmier pour le paludisme?

---

---

Combien coûte une consultation chez le médecin/infirmier? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Pensez-vous avoir assez d'argent pour payer? 1-Non ☐ 2-Parfois ☐ 3-Oui ☐

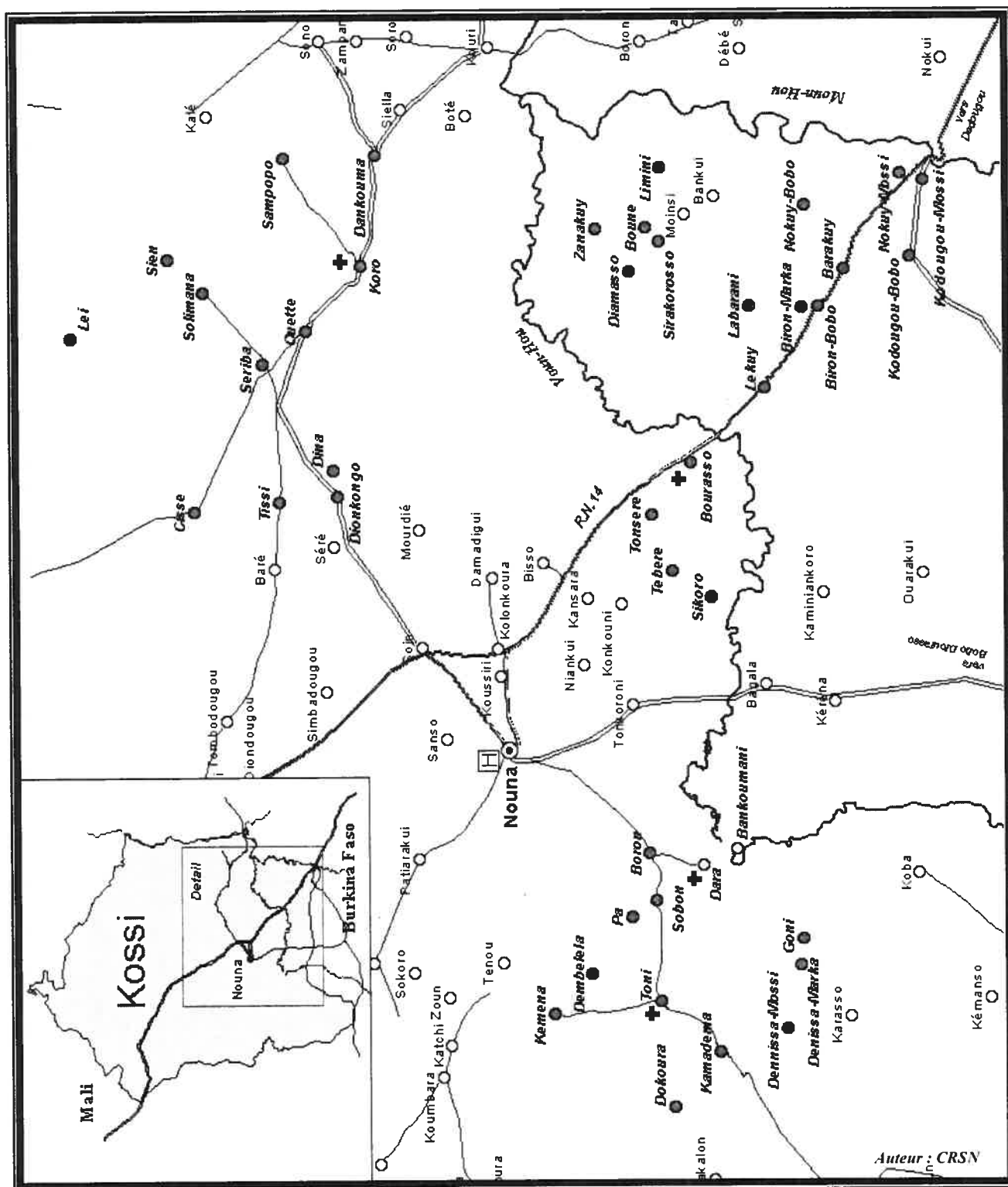
Combien coûte les antipaludiques? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Pensez-vous avoir assez d'argent pour payer? 1-Non ☐ 2-Parfois ☐ 3-Oui ☐

Combien coûte le paracétamol? \_\_\_\_\_ Fcfa Ne sais pas ☐

Pensez-vous avoir assez d'argent pour payer? 1-Non ☐ 2-Parfois ☐ 3-Oui ☐

## **ANNEXE 7**



## **ANNEXE 8**

